Eina kartą per mėnesį | 1936 m. | XVII METAI

Nr. 2 | Vasario mėn. | Nr. 2

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TEIPPAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Dr. *J. Alekna* (ausų, nosies ir gerklės ligos), prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), prof. dr. *J. Blažys* (nervų ir psychinės ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socijalinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* (bakterijologija ir hygijena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embrijologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fyzijologija ir fyzijologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir gynekologija), doc. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), doc. dr. *P. Stančius* (odontologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos) ir prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija)

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

Kauno Miesto Sūr. BIBLIOTEKA Rajonine Šančių

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius **D-ras J. Staugaitis.**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

B. Matulionis: Birštono kurorto veikimas, reikšmė ir tvarkymo klausymai 79

J. Šopauskas: Lietuvos klimato elementų fyzijologiškas veikimas. I. Temperatūros veikimas 96

G. Joffé: Apie vieną sterilitas (nevaisingumo) etijologinį faktorių 108

K. Mogenis: Lymphogranulomatosis s. morbus Hodgkini atsitikimas 110

P. Kazlauskas: III-sis Lietuvos akių gydytojų suvažiavimas 118

Referatai (Vidaus ligos, vaikų ligos, urologija, akušerija ir gynekologija, bakterijologija, fyzijologija, odontologija) . 129

Klinikos ir praktikos patyrimai. 138

Iš mediciniškųjų organizacijų veikimo:
VI-sis L. Gydytojų Sąjungos atstovų 1933.III.19 d. suvažiavimas 142

Įstatymai ir taisyklės:
Ligoninių santvarkos taisyklės 149

Kronika. 154

SOMMAIRE

B. Matulionis: L'activité de la station balneaire de Birštonas, son importance et questions d'organisation.

J. Šopauskas: L'action physiologique des elements de climat en Lithuanie. I. L'action de la température.

G. Joffé: Un cas de stérilité. Facteur etiologique.

K. Mogenis: Un cas de maladie de Hodgkin.

P. Kazlauskas: Le III-ième Congrès des Ophtalmologistes Lithuaniens.

Revue analytique (Pathologie interne, maladies des enfants, urologie, accouchement et gynécologie, bactériologie, physiologie, odontologie).

Notes thérapeutiques, cliniques et pratiques.

De l'activité des organisations médicales.

Les lois et les règles.

Chronique.

Kartu su šiuo „Medicinos“ numeriu visiems ėmėjams siunčiamas „Medicinos“ žurnalo 1935 metų turinys.

„Medicinos“ Redakcija.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVII met. | 1936 m. vasario mėn. | Nr. 2

Dr. B. Matulionis.

Birštono kurorto veikimas, reikšmė ir tvarkymo klausymai.

Nors ir sunkūs laikai, bet Birštonas kasmet vis gausiau lankomas; ypatingai žymus lankytojų ir sunaudotų vonių skaičiaus padidėjimas buvo 1935 m. Tatai rodo, kad Birštonas ne tik platesniuose visuomenės sluogsniuose išgarsėja, bet auga ir pasitikėjimas juo, plačiau įvertinama Birštono kurorto gydomoji reikšmė.

Birštono statistika.

Kurorto lankytojai pagal savo skaičių, tautybę, pilietybę ir lytį paskutiniais trejais metais skirstosi šiaip: (Žiūr. 1-ąją lentelę).

1 lentelė.

Tautybė, pilietybė ir lytis	1932 mt.	1933 mt.	1934 mt.	1935 mt.
Lietuvių		619	662	987
Žydų		819	876	964
Kitų tautų		34	21	30
Svetimšalių		26	21	25
Vyrų		600	635	851
Moterų		864	924	1.181
Iš viso gydėsi . .	1.004	1.464	1.559	1.981

Iš 1-osios lentelės matomas systemingas ir greitas lankytojų skaičiaus kasmetinis augimas; tatai rodo augantį visuomenėje, ypač lietuvių tarpe, pasitikėjimą kurortu. Lietuviai, kurie Birštono kurorte visada sudarydavo mažumą, praeitais metais jau pralenkė kitataučius, nors pastarųjų skaičius ne tik nesumažėjo, bet teippat žymiai pakilo.

Paskutinių trejų metų Birštono pacijentai pagal profesiją šiteip skirstosi: (Žiūr. 2-ąją lentelę).

2 lentelė.

Profesija	1933 m.	1934 m.	1935 m.
Šeimininkės	508	557	744
Valdininkai	225	164	107
Kariai	70	91	105
Privačių įstaigų tarnautojai	—	90	183
Prekybininkai	139	149	161
Ūkininkai	48	76	85
Darbininkai ir amatininkai	156	153	142
Moksleiviai	50	45	51
Mokytojai	63	57	93
Laisvųjų profesijų žmonės	48	43	138
Medicinos personalas	40	62	61
Gydytojai	26	16	29
Kitų profesijų žmonės	46	30	71
Iš viso	295	345	395

Iš 2-sios lentelės matome, kad ūkininkų gydosi kurorte labai maža, o darbininkų kad ir skaičius kiek didesnis, bet per trejus metus jis ne tik nepakilo, palyginti su kitomis profesijomis, bet net krito. Be to, ir darbininkų skaičius, proporcingai imamas, yra permažas. Tatai rodo sunkią ūkininkų ekonominę būtį, nepakankamą paprastų darbininkų aprūpinimą ir persilpną ligonių kasų veikimą, aprūpinant savo narius racijonaliu gydymu. Galbūt dėl ekonomiškų sunkumų jaučiamas lig. kasų noras verstis tik milteliais ir lašeliais — ut aliquid fiat videatur. Negalima nepaminėti mokytojų augančio skaičiaus. Tat viena iš gausiausiai atstovaujamų intelektinių profesijų. Turint galvoje daugumo pradžios mokyklų mokytojų silpną materijališką aprūpinimą ir jų skurdų gyvenimą kurorte gydymosi metu, atrodo, kad Švietimo Ministerijai jau būtų pribrendęs laikas parūpinti mokytojams sanatoriją Birštone (kitos įstaigos seniai tatai yra padariusios), kad gydymosi metu pavargęs mokytojas galėtų už prieinamą kainą gauti hygijenišką kambarį ir maistą; dabar daug mokytojų, besigydydami kurorte, vargte vargsta, ir tatai vadinama vasaros atostogomis ir poilsiu. Dar didesnė pareiga būtų sanatorijos klausymu susirūpinti ligonių kasoms ir socijalinės globos skyriui. Smulkieji ūkininkai ir paprastieji darbininkai, neištesėdami samdytis kambarių ir apsimokėti privačiose valgyklose, gana dažnai net minimalaus gydymo kurso neužbaigę arba neišnaudoję leisto jiems gy-

dymo, bėga namon. Toks nebaigtas gydymas yra tik sunkiai sutaupytų lėšų neproduktingas leidimas.

Kurorto lankytojai pagal savo amžių sudarė šias grupes: (Žiūr. 3-iąją lentelę).

3 lentelė.

Amžius	1934 m.	1935 m.
Iki 10 mt.	10	10
nuo 10 mt. iki 20 mt.	45	45
„ 21 „ 30 „	288	330
„ 31 „ 40 „	411	590
„ 41 „ 50 „	335	451
„ 51 „ 60 „	276	333
„ 61 „ 70 „	165	189
„ 71 „ 80 „	30	30
Daugiau kaip 80 mt.	1	3

Gana įdomų vaizdą kurorto pacijentai sudaro pagal savo gyvenamąsias vietas, k. a.: (Žiūr. 4-ąją lentelę).

4 lentelė.

Apskritis	Skaičius	Apskritis	Skaičius
Kauno	857	Ukmergės	61
Marijampolės . . .	168	Kėdainių	46
Šiaulių	145	Raseinių	44
Alytaus	115	Tauragės	34
Vilkaviškio	112	Telšių	30
Panevėžio	95	Klaipėdos krašto .	30

Iš kitų apskričių buvo tik po kelioliką pacijentų.

Iš teritorinio pacijentų pasiskirstymo krinta į akis nepaprastai mažas iš Klaipėdos krašto pacijentų skaičius, nors Klaipėdos krašte gana daug yra tarnautojų ir darbininkų, apdraustų ligonių kasose. Matyti, hitleriškai nusiteikusi ligonių kasų v-ba visokiais būdais stengiasi savo narius siųsti į naciškos Vokietijos kurortus ir jie tuo būdu daug mūsų valiutos išveža į nedraugingą kraštą, palaikydami mūsų litais to krašto kurortus ir duodami svetimiesiems nedraugingiems gaivalams uždarbio. Į tai mūsų valdžia turėtų kreipti daugiau dėmesio. Bereikalingas važinėjimas po nedraugingo krašto kurortus turėtų būti pažabotas ir čia neturėtų būti daroma jokių kompromisų. Ypač nejauku žiūrėti, kad net iš mūsų vadovaujamos

visuomenės atsiranda asmenų, kurie ramiai sau „ilsisi ir sveikatą taisosi“ naciškos Vokietijos kurortuose, nebodami, kad diena iš dienos šlykščiausiu būdu teršiamas Lietuvos vardas. Jei perdaug yra atrofavęsis šitų tariamųjų patrijotų tautiškos savimylos jausmas, tai tokiems „patrijotams“ Vyriausybė turėtų padėti susiorijentuoti. Šita proga reikia pastebėti labai mažas lankytojų skaičius ir iš Latvijos pasienyje esančių apskričių. Reikia manyti, kad gerai tvarkomi Latvijos valstybiniai kurortai pritraukia daugelį mūsų piliečių. Iš čia išvada: tiek visuomenė, tiek vyriausybė turi remti mūsų kurortų, ypač gydomųjų kurortų, tobulinimą ir jų kultūrinimą.

Nagrinėjant Birštono veikimą, pravartu žvilgterėti ir į socijalinę pusę. Ligonių kasų ir įstaigų lėšomis 1935 m. gydėsi 338 pacijentai; jie sudarė iš viso lankytojų skaičiaus tik 17%; vadinasi, 83% pacijentų gydėsi vien savo lėšomis. Varguomenės su neturto liudijimais gydėsi 144 asmens; jie sudarė 2%; iš jų buvo 20 lietuvių ir 122 žydai. Šita varguomenė gavo iš Lietuvos Raudonojo Kryžiaus už pusę kainos 2.278 įvairias vonias. Įdomu, kad žydų — kurie, turėdami neturto liudijimus, pasinaudojo didelėmis gydymo lengvatomis, — buvo 6 kartus daugiau kaip kad lietuvių. Tokios disproporcijos paslaptis štai kur glūdi: Lietuvos varguomenė dažniausiai esti palikta savo likimui; ji, neturėdama lėšų, negali pasinaudoti L. R. Kryžiaus net 50% nuolaida; tuo tarpu žydų varguomenę aprūpina pati žydų visuomenė; ji apmoka vargšų gydymo 50% išlaidų; kadangi L. R. Kryžius iš savo pusės daro dar 50% nuolaidos, tai žydų varguomenė tuo būdu gauna nemokamą gydymą. Šito klausymo sutvarkymas jau seniai laukia socijalinės globos skyriaus dėmesio. Tai dar vienas argumentas, kad socijalinės globos skyrius, galbūt kartu su ligonių kasomis, turėtų pasirūpinti sanatorijos statymu Birštone.

Dabar pažvelgsime į grynai mediciniškąją kurorto funkciją. Pagal ligas 1935 m. pacijentai skirstosi šiaip: (Žiūr. 5-ąją lentelę).

Kurorto pacijentams gydyti, be mineralinio vandens gėrimo, masažo, dijatermijos, įvairios elektrizacijos ir įvairių elektros vonių, plačiu mastu buvo vartojama balneoterapija; ji užima tarp visų kurorte vartojamų gydomųjų priemonių vyraujančią vietą ir jos reikšmė kurorto veikime kasmet greitu tempu auga.

Kurorto poliklinikoje 1935 m. per visą sezoną buvo 3.275 apsilankymai.

Iš 1.981 pacijento 472 buvo atvykę kartotinai gydytis; iš jų 77% po pirmojo gydymo Birštone konstatavę žymų ir gana ilgą pagerėjimą; tik 7 pacijentai pareiškė, kad po gydymo pasidarę blogiau; likusiųjų chronikų gydymo rezultatai buvo neaiškūs. Deja, visais šitais atsitikimais tenka remtis tik

5-ji lentelė.

Ligos	1934 m.	1935 m.
Chroniškieji sąnarių ir raumenų susirgimai	966	1.138
Chroniškosios moterų ligos	76	101
Širdies ir kraujo indų systemos susirgimai	164	213
Įvairios neuralgijos	116	159
Kiti centrinės ir periferinės nervų systemos susirgimai	27	52
Neurastenija	54	112
Įvairios antrinės anėmijos	26	33
Virškinamojo trakto susirgimai	23	23
Medžiagų apykaitos sutrikimai	—	29
Šlapimtakių ligos	—	17
Kepenų ligos	—	10
Kitos ligos	108	94

6-ji lentelė.

Vonių rūšis	Vonių skaičius			
	1932 m.	1933 m.	1934 m.	1935 m.
Dumblo vonios	3.734	6.593	6.819	8.020
Dumblo kompresai	2.476	2.205	3.378	4.340
Anglirūgštės vonios	2.687	4.885	5.049	6.744
Mineralinės vonios	7.025	7.742	6.541	6.717
Iš viso vonių sunaudota	17.629	21.768	22.117	26.721

subjektingu pacijentų įvertinimu. Dar nebuvo atsitikimo, kad gydytojas suteiktų kurortui žinių apie savo sugrįžusio pacijento tolimesnę sveikatos būklę.

Labai įdomus ir gydytojams ypač įsidėmėtinas reiškinys, kad iš viso pacijentų skaičiaus tik 15½% į kurortą atvyko gydytis patariami; likusieji 84½% atvyko patys savo nuožiūra, gydytojo visiškai nepatariami. Tatai rodo, kad gydytojai dažnai perdaug pasitiki medikamentine terapija, permaža vertina fyzikinę terapiją ir dėl to kartais netenka savo pacijentų pasitikėjimo. Chronikas, matydamas, kad jis, vien medikamentais gydomas, nesulaukia reikiamo pagerėjimo, patylomis pasitraukia nuo savo gydytojo ir vyksta į kurortą. Išvada aiški: gydytojo ir pacijento interesai reikalauja, kad, chroniškąsias ligas gydant, nebūtų pamirštos fyzinės terapijos metodės.

Žiūrint į pacijentų suskirstymą pagal ligas, krinta į akis vyraujantis reumatikų ir visokios etijologijos artritikų skaičius. Matyti, kad Lietuva nesudaro išimties kitų kraštų tarpe, ir reumatas mūsų krašte turi tokios pačios didelės socijalinės ir ekonominės reikšmės kaip kad ir kitose šalyse. Visame mūsų krašte reumatas tūkstančius asmenų daro nedarbingus, reikalauja stambių lėšų sergantiesiems gydyti ir tuo būdu padaro mūsų kraštui didelius nuostolius. Todėl į reumatikų gydymą turime rimčiau žiūrėti. Įstaigos ir ligonių kasos turėtų atsisakyti nuo savo nusistatymo duoti reumatikui tik 7 vonias ar 10, daugiausia 14 dienų gydymą. Nors teip yra pigiau, bet tai yra paviršutiniškumas, kuriam vadovauja principas ut aliquid fiat. Toks nusistatymas yra žalingas, nes ligonis lieka nepagydytas ir lėšos esti neproduktingai išmestos. Valstybės pareiga sudaryti sąlygas, kad ir neapdraustieji — smulkūs ūkininkai, amatininkai, mažieji valdininkai — galėtų pasigydyti, galėtų apsisaugoti nuo nedarbingumo ir savo šeimą nuo skurdo. Didelio žmonių skaičiaus nedarbas dėl nesveikatos yra didelė žala visam kraštui. Reikalinga, kad socijalė globa ir ligonių kasos bei įstaigos daugiau rūpintųsi reumatikų racijonaliu gydymu ir ypatingą dėmesį kreiptų į darbo hygijenos sąlygas.

Antrą po reumatikų ir artritikų vietą užima širdies - kraujo indų systemos susirgimai. Didelis šitos kategorijos pacijentų skaičius gal iš dalies galima paaiškinti reumatinių susirgimų dažnumu. Be to, dar krinta į akis labai gausus įvairių nervų systemos susirgimų skaičius, ypač neuralgijos. Reikia manyti, kad ir šitų susirgimų etijologijoje reumatas užima ne paskutinę vietą. Taigi, reikia pripažinti, kad reumatas yra didelės socijalinės ir kartu ekonominės reikšmės faktorius, ir į kovą su reumatu turi būti žiūrima visai rimtai.

Birštono kurorto reikšmė.

Iš patiektos statistikos matoma, kad per paskutinius trejus metus Birštono lankymas, kad ir sunki yra ekonominė būklė, pakilo beveik visu 100% ir jau pasiekė beveik 2.000 skaičių; jei pridėtume prie šito skaičiaus dar tuos kurorto lankytojus, kurie naudojosi tik klimatiniu gydymu, tai kurorto lankytojų skaičius tektų vertinti arti pustrečio tūkstančio. Šitie skaičiai yra susidomėtini, ir pravartu ties jais ilgiau sustoti. Birštonas yra valstybinis ir vienintelis balneologinis kurortas Lietuvoje; jis turi patenkinti visos Lietuvos gyventojus, reikalingus balneologiško gydymo. Pasiektas 2.000 lankytojų skaičius yra dar permažas; atsižvelgiant į mūsų krašto gyventojų skaičių ir jų gausumą, reikia manyti, kad Birštone gydomųjų ligonių metinis skaičius turėtų ateityje pakiltī

ligi 4.000—6.000. Šituos spėjamus skaičius patvirtina kitų kraštų analogiška statistika. Todėl kurorto organizacija ir tvarkymas turi eiti ta kryptimi, kad: 1) būtų pateisintas visuomenės pasitikėjimas, 2) būtų patenkinti pacijentų sveikatos reikalai ir 3) būtų rimtai patarnauta valstybės gyventojų ir ypač mūsų tautos sveikatingumui.

Kurorto uždavinys.

Į Birštono kurortą nevažiuojama ūžti, pramogų ir nuotykių ieškoti; čia iš visos Lietuvos renkasi visuomenė ne iš mineralinių šaltinių atsigerti, ne gydomose voniose pasimaudyti, bet jieško visų pirma sveikatos. Mineralinių šaltinių vanduo, įvairios vonios ir kiti gydomieji veiksmai tėra priemonė sveikatai pataisyti. Į Birštoną suvažiuoja kariai, ūkininkai, darbininkai, mokytojai, visokių valdžios ir privačių įstaigų tarnautojai, laisvųjų profesijų žmonės ir t. t. Dauguma jų, gal apie 95%, nėra pasiturį žmonės; savo gydymui atiduoda paskutinius sunkiai sutaupytus litus; neretai net skolon gydosi. Todėl be galo svarbu, kad gydymui lėšos būtų sunaudotos kiek galima racijonaliau. Manau, kad tai yra visų svarbiausias ir pagrindinis kurorto tikslas. Tikrai racijonalus gydymas reikalauja, kad pacijentų tyrimas, vadinasi, dijagnostika, būtų tobula ir kad gydomosios priemonės būtų tiksliai taikomos. Kiekvienas dijagnostikos ar terapijos netikslumas sudaro pacijentui didelį nuostolį. Kurorto poliklinikos ir gydomųjų įstaigų uždavinys yra ne vonių patiekti atvykusiam pacijentui, bet, tinkamai jį ištyrus, paskirti tikslų ir tinkamą gydymą, ir nustatyti pacijentui režimą, kurio jis turi laikytis iš kurorto sugrįžęs, kad pasiektieji gydymo rezultatai būtų pastovūs.

Šitą tikslą kurortas gali pasiekti tik tuomet, kai bus jis aprūpintas tinkamomis dijagnostikos ir terapijos priemonėmis ir pakankamu tinkamo kliniško stažo medicinos personalu. Iš patiektų statistikos skaičių esame matę, kiek daug iš visų Lietuvos kampų į Birštoną suplaukia pasigydyti reumatikų ir sergančių širdies - kraujo indų systemos sutrikimais. Seniau žinojome, kad reumatas dažnai sužaloja endokardą; šiandien žinome, kad reumatas dar dažniau sužaloja myokardą; bet myokardo sužalojimas su vienu stetoskopu galima tik išimtiniais atsitikimais konstatuoti, jei širdies funkcija yra kompensacijos būklėje. Tokių pacijentų elektrokardijografiškas tyrimas yra beveik absoliučiai reikalingas; šitoji metodė, papildyta rentgenoskopija, kol kas galima laikyti vienintele myokardo sužalojimui pažinti priemone.

Žinome, kaip dažnai pasitaiko latentiška ir net aktinga slapta plaučių tuberkuliozė, kuri, neperšvietus rentgeno spin-

duliais, lieka nepastebėta; o juk tokiam pacijentui, jei jo plaučių tbc. procesas liktų nekonstatuotas, balneologiškas gydymas galėtų būti pražūtingas, nes galėtų smarkiai aktyvuoti tuberkuliozinį procesą.

Centrinė įstaiga, į kurią iš visų Lietuvos kampų žmonės plaukia pasigydyti, turi savo pacijentams duoti kompetentingą, tikslų patarimą. Čia kiekvienas pacijentas, darydamas dideles išlaidas, laukia ir, be abejo, turi teisę laukti iš kurorto poliklinikos daugiau, negu jis gali gauti provincijos gydytojo kabinete, nes provincijos gydytojas negali būti universalus specijalistas ir negali apsirūpinti visomis moderniškosiomis tyrimo ir terapijos priemonėmis. Pagaliau, didžiajai pacijentų daugumai nei laikas nei lėšos neleidžia važinėti čia į kurortą, čia į centro įvairius specijalistus. Jei pacijentas važiuoja į kurortą pasigydyti, tai, savaime suprantama, kurortas visų pirma turi rimtai patikrinti pacijento sveikatą ir tik po to gali paskirti jam gydymą. Iš čia išeina neginčytina kurorto pareiga apsirūpinti reikalingomis tyrimo ir terapijos priemonėmis bei kvalifikuotu ir pakankamu medicinos personalu. Todėl kurorto poliklinikos aprūpinimas kliniška laboratorija, elektrokardijografijos, rentgenodijagnostikos ir trumpųjų bangų terapijos kabinetais, prityrusiais internistais, praktiškai susipažinusiais su fyzinės terapijos metodėmis, ir ortopedo, neuropatologo bei gynekologo konsultacija yra neginčytina pareiga. Vakarų Europoje net maži, vietinės reikšmės, antraeiliai ir trečiaeiliai kurortai jau seniai aprūpinti kalbamomis dijagnostikos ir terapijos priemonėmis. Artimųjų mūsų kaimynų kurortai teippat persitvarko kalbama prasme. Aišku, kad ir Birštonas, vienintelis visos Lietuvos balneologinis valstybinis kurortas, ne savo titulu, bet visų pirma darbo turiniu turi pateisinti savo egzistenciją ir visuomenės pasitikėjimą. Netenka abejoti, kad dabartinė Lietuvos Raudonojo Kryžiaus Vadovybė, kuri yra daug pasistengusi, kad jos valdomos gydomosios įstaigos būtų tinkamoje augštumoje, Birštono kurorto mediciniškų įrengimų patobulinimą pastatys artimiausiu savo darbų tvarkos punktu. To reikalauja mūsų krašto sveikatingumo ir pacijentų interesai, to reikalauja mūsų krašto kultūros, mūsų Raudonojo Kryžiaus ir paties kurorto prestižas. Graži pradžia Birštone jau padaryta. Tik belieka pradėtas darbas systemingai toliau plėsti.

Santykiai su gydytojais.

Be kurorto mediciniško tobulinimo, reikalingas artimas kontaktas su gydytojais, kurie pacijentus siunčia į kurortą pasigydyti. Jei gydytojai savo pacijentus atsiųstų su raštu ir suteiktų platesnių žinių apie ligos eigą, gautą gydymą, skir-

to gydymo veikimą, tai tuo būdu patarnautų visų pirma ne kurorto gydytojams, o siunčiamajam savo pacijentui, nes tai padėtų nustatyti tikslesnį terapijos planą. Be abejo, kurortas galėtų gerb. gydytojams tuo pačiu atsilyginti.

Reikalinga, kad Lietuvos gydytojai patys pažintų bent svarbesniuosius mūsų krašto kurortus. Tam daug padėtų gydytojų suvažiavimai, jeigu jie būtų šaukiami vasarą, dar sezono metu, ir kad bent vienas suvažiavimo posėdis būtų daromas kurorte. Visi Vakarų Europos kraštai ir artimieji mūsų kaimynai seniai tokią suvažiavimų systemą praktikuoja. Juk iš tikrųjų, prieš studijuojant svetimus kurortus, visų pirma reikia savieji pažinti. Gal tuomet ir mūsų piliečių netiek daug skverbtųsi į svetimų kraštų kurortus. Jei Lietuvos gydytojai geriau pažintų savuosius kurortus, gal tada nebūtų tarp gydytojų ir pacijentų kontakto stokos; juk nenormalus dalykas, kad iš tūkstantinio Birštono pacijentų skaičiaus atvyksta, gydytojo nepatariami, tik savo inicijatyva, net 84½%. Šitas skaičius nėra perdėtas, nes kiekvienas pacijentas esti klausiamas, kurio gydytojo patarimu jis atvyko gydytis.

Santykiai su universitetu.

Teippat didelės reikšmės Birštono kurortui turėtų bendradarbiavimas su mūsų universitetu ir kitomis mokslo įstaigomsi. Nors kurortą tvarkąs gydytojas ir daug turėtų prityrimo kurortologijos ir balneologijos srityje, tačiau jis jau vien dėl laiko stokos negalėtų atlikti visų darbų, su kuriais tenka susidurti kurortą betobulinant.

Dar daugeliui Birštono gydomųjų šaltinių nepadaryta nuosekli ir smulki vandens analyzė, nepadaryti vandens specijalūs bakterijologiški tyrimai, neišaiškintas geležies bakterijų klausymas, neištirtos dumblo vonioms vartojamo dumblo fyziškos ir chemiškos ypatybės, jo kolojidai, regeneracijos procesų eiga ir t. t. Ligi šiol beveik nepadaryta jokių kliniškai eksperimentiškų stebėjimų gydymo srityje. Nuosekliai neištirti kurorto klimatiški faktoriai. Visi mineraliniai šaltiniai tebėra beveik pirmykštėje būklėje, nes dar nepadaryta jokių geologiškų tyrimų ir todėl negalima pradėti šaltinių koptažo ir tvarkymo darbų. Panašiems klausymams spręsti didesnio masto kurortai turi savo atskirus moksliškus institutus ir reikalingų specijalistų kadrą. Birštone apie kurį-nors institutą netenka kalbėti; bet minėtiems klausymams nagrinėti galėtų padėti mūsų universitetas; čia atsirastų pakankamai darbo ir doktorato disertacijoms bei mokslo darbams temų visiems: medikams, chemikams, bijologams ir geologams. Mūsų universitetas yra ne tik diplomuotų specijalistų gamintojas, bet turi būti mūsų krašto kultūros vyriausias kėlėjas; čia yra

universiteto augščiausias uždavinys. Šita prasme žiūrint į universitetą, teippat galima laukti iš jo paramos mokslišku tyrimų srityje. Bent kitų kraštų kurortai reikalingais klausymais turi pakankamai įvairių tyrimų, stebėjimų, kurie atlikti tų kraštų universitetų pajiegomis. Ypač turėtų būti nepamirštamas mūsų kurortų ir balneologijos klausymas medicinos fakultete. Svarbu, kad ruošiamieji jauni gydytojai turėtų žinių ir fyzinės terapijos srityje, kad jie konkrečiai pažintų savo krašto kurortus; tada gal nebūtų teip, kaip kad dabar, kai 84,5% kurorto pacijentų atvyksta gydytis, gydytojo nepatariamų.

Ligonių kasos ir kurortas.

Tarp privataus ir ligonių kasų ar analogiškų organizacijų pacijento didelis skirtumas. Privatus pacijentas, netiksliai atliekąs jam skirtą gydymą ir iš gydymo nesulaukiąs pageidaujamų rezultatų, neproduktingai sunaudoja tik savo pinigus. Jei valdžios įstaigų ar organizacijų siųstas ligonis netinkamai atlieka jam skirtą gydymą arba be reikalo gauna tą gydymą, jis neproduktingai sunaudoja ne tik savo, bet ir svetimas įnašas ar valstybės skirtas lėšas. Todėl ligonių kasoms svarbu, kad į kurortus gydytis būtų siunčiami tik tie asmens, kuriems kurorto gydymas reikalingas ir gali padėti. Su sunkiais anatomiškais pakitėjimais arba be aiškių ligos symptomų, tik smagiau laikui praleisti ar paprastam poilsiui, suprantama, nėra pamato siųsti į kurortą gydytis. Kurorto gydymo tikslas — sveikatos pataisymas, darbingumo grąžinimas. Todėl svarbu, kad kurortiniam gydymui racijonaliai būtų nustatomos indikacijos.

Toliau labai svarbu, kad gydymas būtų pakankamas. Juk kurortiniam gydymui tinka išimtinai chroniški susirgimai; jų gydymas reikalauja tam tikro laiko. Pertrumpas, nepakankamas gydymas būna nesėkmingas; tokiam gydymui padarytos išlaidos nueina niekais. Tad geriau visai nepradėti tokio gydymo. Ligonių kasų praktikuojami 2 savaičių terminai dažnai esti pertrumpi. Neretai šito trumpo gydymo metu atsiranda interkurentiniai susirgimai, pav., angina arba moterims prasideda menses; tokiais atsitikimais iš leisto gydymuisi trumpo termino tiek maža belieka, kad nesti kaip pradėti ar baigti tas gydymas.

Teippat visai netikslu iš anksto fiksuoti gydymo būdas; jau daug tiksliau paskirti už pacijento gydymą tam tikra suma; tada kurorto gydytojas gali gydymą modifikuoti pagal pacijento būklę.

Pagaliau patsai gydymo termino nustatymas turi būti elastiškas, kad, reikalui esant, nevarginant pacijento kelionėmis į ligonių kasą, jis galima būtų pailginti. Tokiais atsitikimais

svarbu, kad klausymas būtų greit sprendžiamas ir gydant nebūtų daromos pauzos.

Smerktinas kaikurių ligonių kasų nerūpestingumas, biurokratiškas pareigų atlikimas, savo narius siunčiant gydytis į kurortą. Kasos nariui duodamas leidimas gauti tam tikrą vonių skaičių (šitas vonių skaičius kartais esti juokingai mažas) ir, plačiau nepainformavus, neįspėjus, kuriuos kurorte mokesčius siunčiamasis kasos narys turės užsimokėti, jis išleidžiamas į kurortą. Kasos narys, gaudamas leidimą gydytis, dažniausiai esti tikras, kad ligonių kasa apmoka visas kurortinio gydymo išlaidas; todėl jis apsirūpina lėšomis tiek, kiek reikalinga kelionei, maistui ir kambariui. Tačiau, kai atvykus į kurortą tenka užsimokėti kurortinė rinkliava, poliklinikos mokestis, tai atsivežtų lėšų pasirodo permaža, ir kasos narys, nebaigęs leisto gydymo, esti priverstas sugrįžti namon.

Gydymu ir informacijomis savo narius geriau aprūpina ir daugiau rūpestingumo kurorte gydomais savo nariais parodė įstaigų ir provincijos ligonių kasos.

Visų blogiausiai šituo atžvilgiu iki šiol buvo su Kauno miesto ligonių kasa. Kiekvienas ligonių kasos narys, ypatingai paprastas darbininkas, turėtų būti aprūpintas reikalingomis informacijomis, kiekvienam į kurortą važiuojančiam kasos nariui turėtų būti įteikti kurorto informaciniai lapeliai ir kainoraščiai. Gydymo metu ligonių kasų pacijentai turėtų būti koncentruojami į pensijonatus ar sanatorijas; tuo būdu galima būtų palengvinti neturtingųjų kasos narių pragyvenimas kurorte, galima būtų tiksliau kontroliuoti gydymo vykdymas ir eiga, ir galima būtų išlaikyti gydymui reikalingas režimas: be to, ligonių kasų nariai, apgyvendinti sanatorijoje, turėtų tinkamą hygijenišką būstinę ir būtų išvengtas gyvenimas nehygijeniškuose užkampiuose.

Sanatorijų steigimas dar reikalingas ne tik tam, kad įstaigų tarnautojai ar ligonių kasų nariai galėtų pigiau gauti tinkamesnę būstinę ir pigesnį maistą; yra kitas, teippat svarbus reikalas, tai gydymo racijonalinimas; daugeliu atsitikimų į kurortinio gydymo programą įeina obligatoriškas dijetinis gydymas; tokių pacijentų palaidas laikymasis kurorte yra visai netikslus, nes apie dijetinį gydymą, lankant paprastas valgyklas, negali būti jokios kalbos.

Galima būtų eiti dar toliau; tokia sanatorija galėtų būti pritaikyta klimatiškai gydyti; aprūpinus ją fyzinės terapijos įrengimais, galėtų ji ekzistuoti ištisus metus. Nesezono metu čia galėtų gydytis rekonvolescentai, anėmikai, reikalingi dijetinio režimo ir t. t. Tuo būdu būtų padarytas didelis ligonių kasų gydymo progresas. Juk chronikai serga ne tik vasarą, bet dar daugiau žiemą.

Apskritai, sunkiai surinktos ar privačiai su dideliu vargu sutaupytos gydymui lėšos turi būti kiek galint racijonaliau sunaudojamos. Reikia visada tvirtai atsiminti, kad medikamentinė terapija tėra tik bendros terapijos fragmentas; ji tinka ne visais, o tik tam tikrais atsitikimais; medikamentinė terapija nėra universali ir negali atstoti kitų gydymo metodžių. Nors tai yra aksijoma, bet praktika rodo, kad šitoji aksijoma nuolatos reikia kartoti ne tik paprastai visuomenei, bet ir patiems medikams. Todėl sanatorijos, kur vartojamos fyzinės terapijos metodės: dijetetika, klimatoterapija, balneoterapija, elektroterapija ir t. t., yra ne mažiau reikalingos, kaip kad vaistinės, o chronikų gydymui net reikalingesnės už jas.

Be visų jau suminėtų mediciniškų ir socijališkų klausymų, reikalinga paliesti dar du svarbūs dalykai — tai dijetinės virtuvės ir kliniškos sanatorijos klausymai.

Dijetinė terapija.

Gydymas yra integralė sąvoka. Gydymo negalima suskaldyti į atskirus veiksmus ir vykdyti tik vienas iš jų, nekreipiant dėmesio į kitas veiksmo dalis. Tokia gydymo metodė galima būtų pavadinti biurokratiška. Kartais šitokia „terapija“ vartojama komerciškais sumetimais, o kartais jos pagrinde glūdi diletantiškumas arba visiška ignorancija. Jei dėl myokardo insuficijencijos, dėl širdies dekompensacijos skiriamas digitalis, tai kartu ligoniui skiriamas lovos režimas ir atitinkama dijeta. Didžiausias būtų absurdas dekompensuotam ligoniui, digitalį paskyrus, leisti sunkų darbą dirbti arba per dieną po keletą literių alaus išgerti.

O ar ne toks pat drastiškas nenuoseklumas, kai atvykusiam į kurortą pasigydyti hypertonikui su hyperglobulijos reiškiniais arba nutukusiam podagrikui dar kartais su kardijiniais symptomais duodamas 4.000—5.000 kalorijų davinys ir 2—3 kartus per dieną mėsiškas valgis? Ir jei medikas, gydydamas tokius pacijentus, pasitenkintų tik balneoterapinėmis priemonėmis ir, stebėdamas šitų pacijentų augantį svorį, akceptuotų nusiskundimus nepakankamai geru maistu, tai tuo tik parodytų savo mediciniška diletantizmą. Balneoterapiškas ir psychoterapiškas kurorto veikimas dažnai sudaro tik vieną integralės terapijos dalį. Gydymo pasisekimas pareina nuo gydomųjų veiksmų tikslumo. Vienašališkas, nepakankamas veiksmas gali duoti tik dalį laukiamojo rezultato, o kartais gali būti visai nesėkmingas. Statistika rodo, kiek daug į kurortus atvyksta pacijentų su medžiagų apykaitos sutrikimais. Nutukimas, podagriniai susirgimai, hypertonijos, širdies-kraujo indų systemos insuficijencija, virškinamojo trakto sutriki-

mai, artropatijos — sudaro didžiausią kurorto lankytojų skaičiaus dalį. Ar tikslu atvažiavusiam į kurortą pasigydyti pacijentui, kurio svoris jau prašoka normą, duoti dar 4—5.000 kalorijų davinį arba podagriką 2—3 kartus kasdien su mėsa penėti? Daugumui chronikų, kurie gydosi kurorte, tinkama dijeta turi teippat didelės reikšmės, kaip kad ir kitos kurorto gydomosios priemonės. Tik visas sunkumas yra tas, kad dijetiniam valgiui reikalingas tinkamai paruoštas ir praktiškai prityręs virtuvės personalas. Virtuvei reikalinga daug įvairių daržovių, o tat mūsų sąlygomis nevisai lengvas dalykas.

Šita kryptimi L. R. Kryžius Birštono kurorte 1935 m. padarė didelį ir svarbų žingsnį pirmyn, pasilikdamas kurorto svetainės virtuvę savo žinioje. Nuo 1935 m. Birštono kurorto svetainė (kurhauzas) niekam nebeišnuomojama. Virtuvei aprūpinti daržovėmis pasamdytas atskiras sodininkas, įrengiamį savi daržai ir įtaisomi daržovių šiltnamiai. Galima tikėtis, jei šitie pirmieji realūs bandymai gerai seksis, Birštonas greitai įsitaisys dijetinę valgyklą. Tat labai svarbu, nes ligi šiol mūsų kurortuose valgyklos tebelenktyniuoja, kuri patieks gausesnį davinį iš skanesnės mėsos. Paprastoje visuomenėje ir net medikų tarpe sveikatos pagerėjimas tebevertinamas kilogramų prieaugliu.

Sanatorija.

Be dijetinės virtuvės, kurortui didžiausios reikšmės turi įrengimas nors nedidelės sanatorijos ne viešbučio, bet klinikos pobūdžio. Į kurortą kartais atvyksta pasigydyti rimtų ligonių, kurie esti reikalingi nuolatinės mediciniškos priežiūros ir slaugymo; tokiems ligoniams reikalingas ramumas ir visi kiti ligonio patogumai. Šitokių ligonių aprūpinimas ir gydymas įmanomas tik kliniško pobūdžio sanatorijoje. Gyvenimas rodo, kad tokių ligonių nestinga. Kad ligoniai nebūtų verčiami kitur važiuoti, reikia savo kurorte įrengti tinkama sanatorija nors su mažu lovų skaičiumi. Savaime suprantama, kad tokia sanatorija turi būti aprūpinta dijetiniu maistu ir visais ligoniui reikalingais patogumais. Kurortui, kuris aprūpintas reikalingomis kliniškam tyrimui priemonėmis ir turi kvalifikuotą medicinos personalą, tokios sanatorijos įrengimas ir aptarnavimas būtų visai nesunkus dalykas. Tokios sanatorijos įrengimas Birštono kurorte turėtų būti artimiausias ateities uždavinys. Šitokia sanatorija, kuri galėtų tikti gydymui ir poilsiui, turėtų veikti ištisus metus. Kol kas panašios sanatorijos Lietuvoje dar nėra; jos steigimo reikalas jau seniai jaučiamas.

Kurorto įrengimų pertvarkymas.

Daugumas kurorto pastatų ir patsai išplanavimas yra netikslūs ir netinka savo paskyrimui. Poliklinikos, dumblo vonių, II kl. mineralinių vonių, sanatorijų pastatai, visa tų pastatų dislokacija yra netikslūs, nepraktiški, įrengti neracijonaliai ir neatitinka šių dienų gyvenimo reikalavimų. Reikalinga nauja kapitališka kurorto statyba ir pagrindinis išplanavimo pertvarkymas. Tai yra didelis ir labai komplikuotas darbas. Tokiam darbui pasiruošimas, projektų pagaminimas, jų patikrinimas ir kritika reikalingi ne mėnesių, bet metų laiko. Reikia neatidėliojant šitas darbas pradėti. Liūdnas didesnės Lietuvos statybos patyrimas rodo, kad dėl skuboto planų paruošimo, dėl įsigilinimo stokos, daroma stambių klaidų, o stambios klaidos daro didelius materijališkus nuostolius. Pagaliau kurorto tokio didelio ir komplikuoto ūkio tvarkymas, neturint vieningo plano, ne tik gali sudaryti nereikalingų nuostolių, vėliau prisitaikant prie paruošto plano, bet tų nuostolių baimė gali paskui sudaryti didelių kliūčių racijonaliam pertvarkymo planui paruošti.

Kurorto valdymas.

Šiuo metu Birštono kurortas valdymo atžvilgiu sudaro labai neaiškų konglomeratą. Kurorto teritorija ir kurorto zona susideda iš atskirų ir nepriklausomų savininkų valdomų sričių. Kurorto parkas su gydomaisiais šaltiniais ir visais pastatais yra Valstybės ir L. Raud. Kryžiaus nuosavybė; čia viską tvarko L. R. Kryžius. Žemė aplink parką, apaugę Nemuno krantai, miestelio žemė ir jaunas pušynas prie miestelio yra ūkininkų nuosavybė; šitą teritoriją visai nepriklausomai tvarko patys savininkai-ūkininkai ir vietos savivaldybė. Nemuno vagą ir krantus prižiūri ir tvarko Vandens Kelių Valdyba; didįjį Birštono pušyną, vad. Alksniakiemio mišką, tvarko Miškų Departamentas. Statybą kurorto zonoje žiūri ir tvarko Vyriausioji Statybos Inspekcija. Susisiekimą su kurortu reguliuoja Plentų Valdyba. Visi šitie šeimininkai veikia kurorto zonoje pagal savo nuožiūrą, be oficijalaus tarpusavio kontakto. Kurorto administracija turi teisę tik observuoti, kas aplink dedasi. Tokiomis kurjoziškomis sąlygomis pradeda tvarkytis Birštono kurortas.

Kyla klausymas: ar bus kurortui sveika, kad nėra vieno kompetentingo šeimininko ir kad kurortą tvarko, kaip kas tinkamas. Žvilgterėkime į šitą klausymą kiek giliau. Kurorte ne tik mineralinių šaltinių vanduo ir įvairios mineralinės bei dumblo vonios turi gydomosios reikšmės; tam tikrais atsitiki-

mais teippat svarbus esti grynas oras, saulės šviesa, ramus, sunormotas gyvenimas, sveikas valgis, saulės vonios ar maudymasis vandenyje. Kurortas ne tik balneoterapiškai, bet ir klimatiškai veikia. Bet kiekviena vieta, kuri nori vadintis kurortu ir tuo būdu nori išsiskirti iš paprastų vasaros poilsio vietų, turi atitikti bent minimumą kurorto gyvenimui reikalingų sąlygų. Kurortais pavadintoms vietoms turi būti daug griežčiau statomi butų, vandens, švaros ir maisto hygijenos reikalavimai. Griežtas viešosios švaros, tvarkos ir ramumo palaikymas; rūpestingas ir estetiškas visos išorės tvarkymas — yra pagrindinės kurortu pavadintos vietos pareigos. Jei kurių vietų susitvarkymas ne visai atitinka šituos reikalavimus, tokios vietos neturi teisės vadintis kurortais ir naudotis kurorto teisėmis.

Išeinant iš to, kas pasakyta apie kurorto esmę, atsiranda reikalas apibrėžti kurorto teritorijos sąvoką. Dalykas tas, kad nuolatiniai kurortų gyventojai ir kurortų svečiai systemingai stengiasi teritorinę kurorto sąvoką siaurinti iki minimumo, kurortu laikydami tik centrinius kurorto įrengimus. Toks kurorto teritorijos siaurinimas daromas, norint išvengti kurorto mokesčių ir griežtų kurorto hygijenos, sanitarijos ir bendrosios kurorto tvarkos reikalavimų. Jei kurortu laikysime tik pačius kurorto įrengimus, tai aišku, kad kurorto zona negalės geografiškai sutapti su tais įrengimais. Kurorto zonos ribos apima visas kurorto svečių gyvenamas vietas ir tuos gamtos plotus, kurie sudaro kurorto charakteristiką, jo turinį ir kuriais kurorto svečiai systemingai naudojasi. Todėl visai natūralu, kad į kurorto teritoriją įeina upės, ežerai ir miškai, kurie sudaro kurorto kraštovaizdį ir duoda klimatui pagrindą. Be šitos kuroto zonos, kuri galima pavadinti natūralia kurorto zona, racijonalus kurorto tvarkymas, kurorto kultūra, kurorto pažanga neįmanomi. Todėl visų kraštų kurortų įstatymai aiškiai apibrėžia kurorto zonos sąvoką ir numato griežtas priemones tai zonai apsaugoti. Šitoje apsaugos zonoje įstatymai paima į savo ypatingą globą ne tik išorinės gamtos, bet ir geologiškų žemės sluogsnių apsaugojimą. Kurorto zonoje miškai, upės, ežerai, žemės paviršius ir gelmės negali būti liečiami, jei tas kenktų ar bent sudarytų pavojų kurorto funkcijai. Šitoje zonoje visokie žemės darbai, statyba, miškų ir vandenų ūkio darbai vykdomi kurorto interesų ribose ir glaudžiame kontakte su kurorto vadovybe. Kadangi pas mus nėra kurortų apsaugos įstatymo, Birštono kurorto tvarkymas sutinka sunkumų ir pasipriešinimą ne tik privačių asmenų tarpe, bet ir augštų valdžios įstaigų veiksmuose.

Čia negalima nutylėti Žemės Ūkio M-jos žalingas nusistatymas kurorto atžvilgiu. Tuo tarpu, kai Vidaus Reikalų Mi-

nisterija ir L. Raudonasis Kryžius daug rūpinasi, kad kurortas tobulėtų, kad geriau tarnautų savo krašto sveikatos reikalams, kad, tinkamai atlikdamas savo uždavinį, sulaikytų mūsų piliečius nuo važiavimo į svetimų kraštų kurortus, tuo pačiu metu Žemės Ūkio M-ja savo nesuderintais veiksmais trukdo šitą kūrybinį darbą. Sita ministerija 1935 m. paskelbė, kad Birštono Nemuno krantu miškas ir kurorto jaunas pušynas, kur prasidėjo vilų statymas, laisvi nuo apsaugos varžymų. Vadinas, šitų miškų savininkai gali savo nuožiūra kurortą puošiančią augmeniją kirsti, galvijus vilų rajone ganyti ir t. t. Kadangi Birštonas yra balneoterapinis ir klimatinis kurortas ir dar vienas iš gražiausiųjų Lietuvos kurortų, jis dažnai svetimšaliams net reprezentuoja Lietuvos gamtos grožį, toks Ž. Ū. M-jos veiksmas yra nesuderinamas su mūsų krašto interesais. Reikia atsiminti, kad Birštono kurortas aptarnauja ne Birštono valsčių, o visą Lietuvą. Birštono gamtos grožis ir turtai priklauso visam kraštui. Todėl nekompetentingai šeimininkauti šitoje srityje, vadovaujantis siaurais vietos interesais, netiktų.

Kurorto teritorijoje visa gamta sudaro bendrą kurorto išvaizdą ir jo klimatinę charakteristiką. Todėl kurorto zonoje esančių gamtos turtų — žemės, miškų, vandenų savininkai, tvarkydami jų valdomus turtus, savo veiksmus turi derinti su bendraisiais kurorto interesais. Jei privatūs savininkai, Miškų Departamentas, Vandens ir Sauskelių Valdyba, Statybos Inspekcija, savivaldybė kurorto zonoje savo reikalus tvarkytų kiekvienas kaip tinkamas, tai geriausia kurorto vadovybė, kad ir kažinkaip augštų kvalifikacijų ji būtų, kurortą tvarkyti nepajiegs, nes jos geriausi sumanymai nuolatos bus paralyžiuojami kitų kurorto „tvarkytojų“ nesuderintais veiksmais.

Paminėtina ir Geležinkelių Valdybos keista pažiūra į Birštono kurortą. Tuo tarpu, kai geležinkeliais važiuojant į mūsų klimatinius kurortus duodama žymi nuolaida, Birštono kurorto lankytojai iš Lietuvos geležinkelių negauna jokios nuolaidos; numatytas 1934 m. grįžtantiems 50% papiginimas 1935 m. buvo panaikintas. Turint galvoje, kad į klimatinius kurortus važiuoja daugiausia labiau pasiturintieji ir apie 95% važiuoja vasaroti, ne gydytis, o į Birštoną važiuoja visuomenė ligų verčiama ir, be to, į Birštoną važiuoja daug nepasiturinčių darbininkų, amatininkų, ūkininkų ir t. t., tai Birštono kurortui geležinkelio nuolaidų panaikinimas yra daugiau, kaip keistas Geležinkelių Valdybos pasielgimas. Turbūt neapsirikčiau spėdamas, kad mūsų Geležinkelių Valdyba kažin ar besurastų Europoje kitą geležinkelių valdybą, kuri būtų labiau atsilikusių pažiūrų į kurortus, į jų reikšmę savo kraštui.

Kurortams statomi ypatingi reikalavimai hygijenos, sanitarijos, statybos, susisiekimo, gamtos ir kraštovaizdžio tvarkymo srityje. Kad galėtų kurortas atlikti jam statomus komplikuotus reikalavimus ir kad jis pasiektų savo pagrindinį tikslą — būtų sveikatos centru, reikalingos atitinkamos sąlygos, reikalinga aiški kurorto teisinė padėtis. Liaudies priežodis sako, kad tarp dviejų auklių vaikas liekąs be nosies. Jei kurorto zonoje miškai, vandens, keliai, statyba ir kt. būtų tvarkomi nepriklausomai, kiekvienas sau, tai kurortas turėtų atsidurti ano vaiko padėtyje. Reikia suprasti, kad negali kurorto, nors ir atskirų reikalų, tvarkyti keturi, trys ar du nepriklausomi šeimininkai. Kurortas yra komplikuotas, bet vieningas ūkis, siekiąs vieno pagrindinio tikslo. Todėl kurorto tinkamam susitvarkymui ir pažangai reikalinga vieninga vadovybė. Valstybės pareiga aiškiai apibrėžti kurortų teisinę padėtį ar įstatymo keliu ar centro vyriausybės įsakymais.

Dabar veikiamąja tvarka kurortų tvarkymas pavedamas vietos savivaldybėms. Bet reikia žinoti, kad valsčiaus viršaičio ar miestelio burmistro gerų norų kurortams tvarkyti dar permaža. Nei valsčiaus viršaitis, — iš gretimo kaimo ūkininkas, — nei vietinis miestelio gyventojas burmistras nėra kompetentingi kurortologijos ir balneologijos srityje. Dabar praktikuojami kurorto direktoriai neturi iš vyriausybės aiškiai nustatytų pareigų; kurorto direktoriaus funkcijos ribas nustato ar viršaitis su seniūnų taryba, ar miestelio burmistras su miestelio taryba. Todėl atsitinka ir kurjozų. Pav., viršaitis valsčiaus tarybai siūlo išbraukti direktoriaus algą ir ta algą viršaičiui išmokėti, kadangi direktorius esąs perdaug savarankus, o pagal įstatymą kurorta tvarkyti turįs viršaitis. Aiškus dalykas, kad nei valsčiaus viršaitis, nei seniūnų taryba nėra kurortologijos ir balneologijos srityje kompetentingi organai. Vietos savivaldybė, spręsdama kurorto klausymus, visų pirma žiūri savo artimiausių reikalų. Kurortuose, kurie turi tik vietinės reikšmės, toks savivaldybės nusistatymas gali ir neprieštarauti kurorto interesams. Visai kitokia situacija susidaro, jei kurortas yra visam kraštui reikalingas. Tokių kurortų tvarkymas turi būti pavestas kompetentingai administracijai su aiškiomis centro vyriausybės nustatytomis teisėmis.

Gyd. J. Sopauskas.

Lietuvos klimato elementų fyzijologiškas veikimas.

Tarp daugelio aplinkumos veiksnių, kurie nuolat veikia žmogaus organizmą, nemažą vaidmenį vaidina oro ir klimato veiksniai. Tam paremti galima būtų nurodyti daug faktų. Primename tik šiuos visiems žinomus faktus: 1) skirtingose klimatinėse sąlygose vyrauja skirtingi susirgimai; 2) vidutinių juostų klimate atskirais metų laikais žmogus yra predisponuotas tam tikriems susirgimams, pav., šaltu metų laiku yra dažniausiai kvėpuojamųjų takų susirgimai, o šiltu—dažniau sergama virškinamojo trakto ligomis; 3) yra žinoma daugelis susirgimų, kur oro atmainos dalyvauja kaip provokacinis momentas.

Paskutiniais laikais tiek užsieniuose, tiek ir Lietuvoje labiau pradedama domėtis klimato ir oro įtaka susirgimams. Tatai paskatino ir mane imtis analyzuoti atskirus mūsų klimato elementus ir vertinti juos atsižiūrint į jų fyzijologišką veikimą. Šitame darbe apsirėžiu tik meteorologiniais klimato elementais. Platesnių žinių apie Lietuvos klimatą ir orą galima rasti K. Pakšto darbe: „Lietuvos klimatas“, K. Sležavičiaus, St. Olšausko ir Ig. Končiaus straipsniuose, įdėtuose „Kosmos“ žurnale.

I.

Temperatūros veikimas.

Aplinkumos temperatūros atmainas žmogus junta kaip šilimą arba šaltį. Bet šitas subjektingas šilimos arba šalčio pojūtis pareina ne tik nuo oro t-ros, bet teippat nuo oro drėgmės, vėjo greičio ir saulės radijacijos. Vadinasi, terminis pojūtis gaunamas iš suminio suminėtų faktorių veikimo. Kita aplinkybė yra ta, kad žmogus reaguoja į oro temperatūros pasikeitimus aktingai pakeldamas arba sumažindamas savo kūno šilimos gaminimą arba jos eikvojimą. Ir trečia, sušilimo arba atšalimo procesas, kaip kad H. Schade (17) nurodo, yra ne termometrinis, bet kalorimetrinis pasikeitimas. Temperatūros laipsnis nužymi tik šilimos būklę, o mastas, kuris galėtų nurodyti, kiek oras tam tikromis sąlygomis gali atnešti arba išnešti iš organizmo šilimos, tegali būti, anot to paties autoriaus, tiktai kalorimetrinis.

Paskutiniu metu stengiamasi fyzijologijos ir hygijenos tikslams pakeisti oro temperatūros registravimas aparatais, paremtais kalorimetriniu principu, kurie galėtų rodyti iš karto suminį atšaldymo efektą, veikiant visiems atmosferos faktoriams kartu. Dėl čia suminėtų priežasčių, vertindamas mūsų krašto t^0 fyzijologišką veikimą, negalėsiu šito veikimo apibūdinti kiekybiniais dydžiais.

Painus mechanizmas, kurio pagelba išlaikoma pastovi žmogaus organizmo t^0, vadinamas, kaip žinoma, termoreguliacija. Skiriame cheminę ir fyzinę termoreguliaciją. Visai nuogam žmogui žemiau 25^0 vien fyzinės termoreguliacijos, pasak Rubner'io (13), nebepakanka. Vidutiniškai apsirengęs ir nieko nedirbdamas, pasak Rubner'io (16), žmogus tarp 15^0 ir 26^0 temperatūros paprastai gali išlaikyti savo šilimos pusiausvyrą, panaudodamas tik fyzinę termoreguliaciją. Augščiau ir žemiau sakytų temperatūrų jau panaudojama ir cheminė termoreguliacija. Pirmuoju atveju, t. y. augštose temperatūrose, sulaikoma šilimos produkcija instinktiškai, vengiant judesių arba maisto medžiagų, kurios pasižymi dideliu kaloringumu (riebalai) arba didesniu specifiškai dinamišku veikimu (baltymai). Žemose temperatūrose, atvirkščiai, daugiau norima judėti ir daugiau valgyti.

Kol žmogus gali palaikyti savo šilimos pusiausvyrą, naudodamas tik fyzinę termoreguliaciją, tol ir subjektingai, pasak to paties Rubner'io (14), jis jaučiasi termišku atžvilgiu patogiai. Dėl to, augščiau minėtas temperatūrų tarpas yra laikomas termine patogumo zona. Rubner tvirtina, kad žmogus, būdamas terminėje patogumo zonoje, palaiko savo šilimos pusiausvyrą tik fiziškai ją reguliuodamas. Šita Rubner'io taisyklė tinka tik visiškame ramume esančiam žmogui. Dirbant darbą, dėl padidėjusios šilimos gamybos, ta terminė patogumo zona bus žemiau sakytų temperatūrų. Be to, būna ir individinių skirtumų, atsižiūrint pripratimo į šaltį ar šilimą, maitinimosi būdo, nutukimo laipsnio ir t. t. Dėl to perėjimas iš vien fyzinės į labiau komplikuotą, t. y. fyzinę ir cheminę termoreguliaciją, kaip kad Schade (17) nurodo, yra labai nežymus ir bandymais vargu įrodomas.

Norėdamas duoti šiokį tokį vaizdą apie Lietuvos klimato temperatūrinius faktorius, autorius parinko tik keturių kraštutinių meteorologinių stočių temperatūros vidurkius, būtent: Kauno, Palangos, Lazdijų ir Zarasų. Šitų stočių padėtis žemės rutulio paviršiuje yra ši:

	Š. platuma	R. ilguma	Augštuma n. jūros lygio
Kaunas	54^0 55′	23^0 51′	83 metr.
Palanga	55^0 55′	21^0 4′	4 „
Lazdijai	54^0 14′	23^0 31′	128 „
Zarasai	55^0 44′	26^0 15′	156 „

Žemiau duodami temperatūriniai vidurkiai yra išvesti Kauno ir Palangos stotims 10-čiai metų, nuo 1924 iki 1934 m., Lazdijų stočiai 9 metams—nuo 1925 iki 1934 m. ir Zarasų 7 metams—nuo 1927 iki 1934 m.

Metinė ir kraštutinių mėnesių t^0-ra pasirinktose stotyse yra ši: (žiūr. 1 lentelę)

I lentelė.

	Metinė t^0		Vasario m. vid. t^0		Liepos m. vid. t^0	
	Neredukuota	Redukuota	Neredukuota	Redukuota	Neredukuota	Redukuota
Kaunas	6,2	6,7	— 5,4	— 5,0	18,2	18,8
Palanga	6,3	6,3	— 3,9	— 3,9	16,7	16,7
Lazdijai	5,9	6,6	— 5,5	— 4,8	17,8	18,7
Zarasai	4,9	5,8	— 8,5	— 7,7	17,9	19,0

Toliau lentelėse paduodama visur neredukuota t^0, atsižvelgiant į jūros lygį, nes šitam tikslui labiau tinka realioji t^0. Palyginę atskirų mėnesių temperatūrų vidurkius (žiūr. 2 lentelę), ma-

2 lentelė.

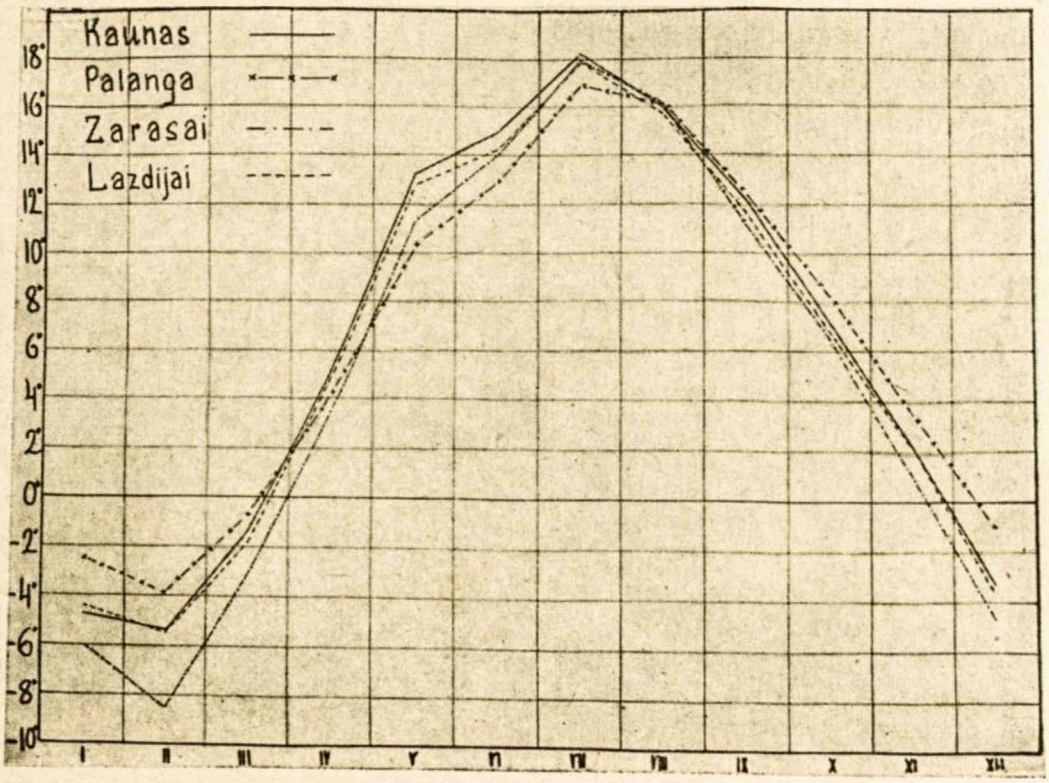
Vieta	Mėnesinės t·ros vidurkis												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Metai
Kaunas . .	—4,7	—5,4	—1,4	5,1	13,2	14,9	18,2	16,2	12,1	7,1	2.3	—3,3	6,2
Palanga . .	—2,5	—3,9	—0,7	4,1	10,3	12,8	16,7	16,1	12,4	8,2	3,6	—1,0	6,3
Lazdijai . .	—4,4	—5,5	—1,8	4,9	12,7	14,2	17,8	15,7	11,6	6,7	2,2	—3,6	5,9
Zarasai . .	—6,0	—8,5	—3,1	3,5	11,3	14,0	17,9	16,1	11,1	6,4	1,0	—4,7	4,9

tome, kad visose stotyse tuo metų laikotarpiu šalčiausias buvo vasario mėnuo. Vedant temperatūros vidurkius didesniam metų skaičiui, gaunama, kad šalčiausias mėnuo Lietuvos klimate yra sausis, kaip kad tai galima matyti iš K. Pakšto studijų (10), St. Olšausko (9) ir St. Kolupailos (7) patiektos medžiagos. Šito klausymo nediskutuosiu, tik nurodysiu, kad per 10 metų, pav., Kaune 4 metais žemiausia t^0-ra buvo vasario mėn., 4 metais sausio mėn. ir 2 metais gruodžio mėn., būtent, 1924—1925 m. ir 1927—1928 m. žiemomis (žiūr. II brėžinį). Vadinasi, ir ankstyba žiema su žemiausia gruodžio mėn. t^0-ra nėra retas reiškinys.

J. Hann (3) nurodo, kad toks ankstybas žiemos šalčių atėjimas gruodžio mėnesį prie Europos vakarinių krantų tarp Portugalijos ir Valencijos (Airijoje) yra dažnas reiškinys Ir 20-čiai metų išvestieji t^0-ros vidurkiai rodo, kad gruodžio mėnuo yra šaltesnis kaip kad sausio. Perankstybo atšalimo priežastis, anot J. Hann'o, galinti pareiti nuo to, kad sausio ir vasario mėn. sustiprėjęs Europos vakarinių krantų šildymas šiltu Atlanto vandeniu ir oru, tuo būdu natūralus t^0-ros kritimas esąs ne tik sustabdomas, bet dargi susidaraąs šilimos perteklius. Pasak to paties autoriaus, barometrinis gradijentas tarp šiaur. Ispanijos ir vakarinių Islandijos krantų gruodžio mėn. esąs 4,5 mil., o sausio ir vasario mėn. — 5,8 mil. Izobaros gruodžio mėn. eina iš W į E,

o sausio mėn. iš SW į NE, dėl ko sausio ir vasario mėnesiais susidaro stipresni vėjai ir pučia labiau iš pietų.

Mūsų 1924—1925 m. ir 1927—1928 m. žiemų pavyzdžiai rodo, kad tas Atlanto vandenyno „šildymas“ gali turėti įtakos ir mūsų žiemai. Tokios su šalta pradžia žiemos gali būti tuo atžvilgiu įdomios, kai norima išvesti lygiagretumas, pav., tarp t⁰-ros ir susirgimų arba mirtingumo tokiomis ligomis, kurių etijologijoje dalyvauja nusišaldymo momentas. Persikėlus šalčiams iš vasario arba sausio mėn., galima laukti, kad pasikeis ir susirgimų arba mirimų maksimumas laiko atžvilgiu. Apie tai turėsiu progos kalbėti kitame darbe.



1 brėžinys.

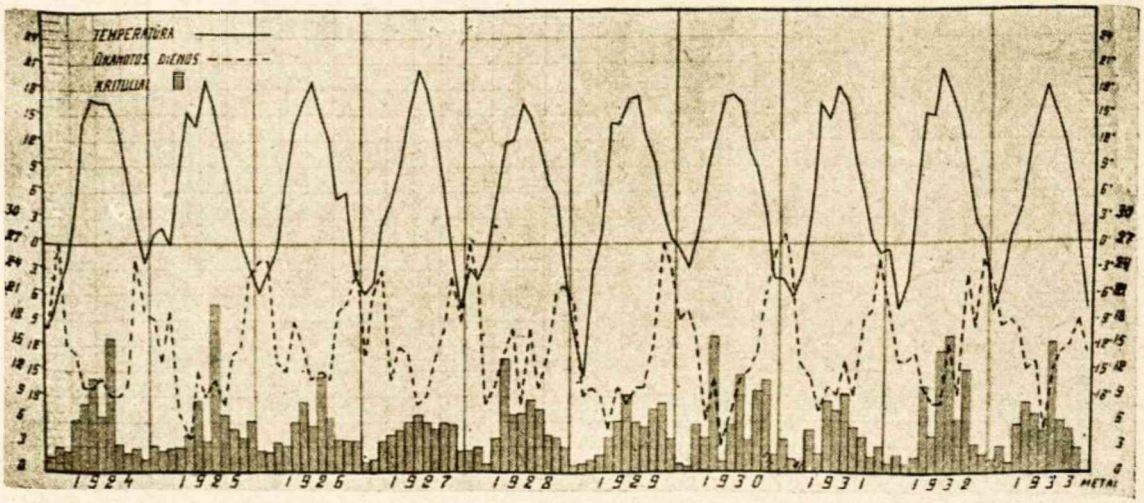
Mėnesinių temperatūrų Kaune, Palangoje, Zarasuose ir Lazdijuose vidurkių kreivės.

Įsižiūrėję į mėnesinių temperatūrų vidurkių kreives (žiūr. 1 brėžinį), matome, kad nuo vasario mėn. t⁰-ra pradeda kilti, iš pradžių iki kovo mėn. ne teip staiga, vėliau nuo kovo iki gegužės mėn. labai staiga ir gegužės mėnesį pasiekia: Palangoje 10,3⁰, Kaune 13,2⁰, Lazdijuose 12,7⁰ ir Zarasuose 11,3⁰. Nuo gegužės mėn. iki birželio mėn. t⁰-ros kilimas sulėtėja; tas sulėtėjimas dar ryškiau matyti iš atskirų metų mėnesinių temperatūrų kreivės Kaune. Jei atkreipsime dėmesį į atskirų metų gegužės ir birželio mėn. mėnesines temperatūras, kad ir Kauno stoties (žiūr. 3 lentelę ir 2 brėžinį), tai pamatysime, kad tas t⁰-ros kilimo sustojimas nuo gegužės ligi birželio mėn. būna tik kaikuriais metais, pav.:

3 lentelė.

Mėnesiniai t-ros vidurkiai atskirais metais Kaune

Laikas	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	Bendras vidurkis
Sausis - -	—9,8	1,0	—5,8	—5,8	—2,8	— 9,7	—[illegible],7	—4,2	—0,7	—8,0	—4,7
Vasaris - -	—6,5	1,8	—3,4	—4,6	—4,1	—15,6	—3,0	—6,2	—7,8	—4,2	—5,4
Kovas- - -	—2,4	—0,2	— ,9	2,1	—1,6	— 3,4	0,9	—3,9	—4,8	0,7	—1,4
Balandis - -	3,7	7,9	6,6	4,9	5,5	1,0	8,2	3,6	5,9	4,0	5,1
Gegužės - -	13,8	15,2	13,5	9,0	11,8	14,0	12,4	16,1	14,9	11,3	13,2
Birželis - -	16,8	13,6	16,4	15,0	12,2	13,9	17,[illegible]	14,4	14,8	15,0	14,9
Liepos - -	16,4	19,0	18,8	20,3	16,4	16,7	17,2	18,1	20,4	18,3	18,2
Rugpjūtis -	16,3	16,0	15,0	17,6	14,6	17,1	16,3	16,4	17,4	15,1	16,2
Rugsėjis - -	14,2	11,3	12,2	13,1	11,5	12,5	10,6	9,9	14,2	11,9	12,1
Spalių- - -	8,4	5,5	5,2	6,9	7,1	9,5	8,4	5,7	7,7	6,9	7,1
Lapkritys -	2,0	0,1	0,0	—0,4	5,3	3,7	3,3	0,6	2,3	—0,2	2,3
Gruodis - -	—2,4	—3,0	—3,9	—7,5	—3,9	0,7	—4,1	—1,3	0,6	—7,7	—3,3
Metai - - -	5,9	7,3	6,6	5,9	6,0	5,0	7,2	5,8	7,1	5,3	6,2



2 brėžinys.

Temperatūra, ūkanotos dienos ir krituliai 1924—1934 metų laiko tarpe Kaune.

1925 m. Kaune gegužės mėn. t⁰-ra buvo 15,2⁰, o birželio mėn. tik 13,6⁰; 1928 m. t⁰-ra tuo pačiu laikotarpiu kad ir nekrito, bet kilimas sustojo—gegužės mėn. 11,8⁰, birželio mėn. 12,2⁰, kas iš kreivės gana gerai matyti; 1929 m. gegužės mėn. t⁰-ra 14⁰, birželio mėn. 13,9⁰; 1931 m. tarp gegužės ir birželio mėn. t⁰-ros kritimas buvo didelis, būtent: gegužės mėn. 16,1⁰, birželio mėn. 14,4⁰; 1932 m. gegužės mėn. t⁰-ra buvo 14,9⁰, birželio mėn.—14,8⁰. Vadinasi, iš 10 stebėtų metų penkiais metais jei ne t⁰-ros kritimas, tai bent ryškus t⁰-ros kilimo sustojimas tarp gegužės ir birželio mėnesių galima buvo konstatuoti.

Šitas reiškinys, t. y. oro atšalimas gegužės ir birželio mėnesiais, vadinamas „šalčių grįžimu“. „Šalčių grįžimas“ staiga atneša

nakties šalnas, kurios paliečia bežydinčius sodus ir tuo būdu pridaro nuostolių. Staigus oro atšalimas gegužės ir birželio mėn ne tik pakenkia sodus, bet gali atsiliepti susirgimų ir mirtingumo padažnėjimui tuo laikotarpiu. Dėl „šalčių grįžimo“ priežasties, galima nurodyti J. Hann'o (3) pažiūrą. Pasak jo, gegužės mėn. oro spaudimas šiauriniame Atlante ir prie jo krantų į šiaurę nuo 53° š. p. pasiekia maksimumą, tai sutampa su didesniu dažnumu N ir E vėjų ir reliatyviu šitų sričių sausumu. Šitų poliarinių ir subpoliarinių sričių augštas oro spaudimas yra juntamas iki pat vidurinės Europos, dėl ko čia padažnėja tuo metu šalčių grįžimas. K. Pakštas (10), pasirėmęs St. Wallosowicz'iu, šalčių grįžimą Lietuvoje aiškina ta aplinkybe, kad žymus barometro spaudimas kyląs, ledams tirpstant šiaurinės Rusijos ir Suomijos ežeruose. Į diskusijas tuo klausymu nesileisiu; man rūpėjo atkreipti dėmesys tik į patį „šalčių grįžimo“ faktą ir į jų galimą įtaką mūsų kraštui.

Iš mėnesinių t°-rų vidurkių kreivių (žiūr. 1 brėž.) matome, kad šalčių grįžimas mažiau tesulėtina t°-ros kilimą Palangos ir Zarasų stotyse. Temperatūra pasiekia maksimumą visose stotyse liepos men. Rugpjūčio mėn. t°-ra visur yra žemesnė kaip kad liepos mėn. Be to, visų stočių t°-rų kreivės rugpjūčio mėnesį labiausiai susieina, tat rodo, kad šito mėnesio t°-ra visoje Lietuvoje yra labiau vienodesnė kaip kad kitais mėnesiais. Nuo rugpjūčio mėn. visų stočių t°-ra pradeda kristi staigiau, bet ne tiek staiga kaip kad pavasarį, kada tarp kovo ir gegužės mėnesių kilo. Tas t°-ros kritimas rudens metu eina maždaug vienodai, be staigesnių įlūžimų kreivėse. Tai lyg ir patvirtina Dove posakį, kad gamta pavasarį pabundanti karščiuodama ir ramiai įmieganti rudenį.

4 lentelė

Vieta	Paros maksimalinės t-ros vidurkis												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Metai
Kaunas - -	—2,7	—2,0	1,8	9,0	17,9	19,1	22,8	20,4	16,2	10,2	4,2	—1,2	9,6
Palanga - -	—0,2	—1,0	2,2	7,8	14,8	16,4	20,3	19,8	16,3	11,0	5,8	1,6	9,6
Lazdijai - -	—2,0	—2,3	2,0	9,4	18,1	19,0	23,3	20,9	16,4	10,3	4,5	—1,3	9,9
Zarasai - -	—3,8	—5,3	0,2	7,3	17,2	18,5	23,0	20,4	15,2	9,5	3,3	—1,9	8,6

Temperatūros kritimas Palangoje, kaip kad kreivės rodo, yra lėtesnis ir tai suprantama: per vasarą įšilęs Baltijos jūros vanduo labiau sulaiko oro t°-ros kritimą Palangoje kaip kad kitose Lietuvos vietose.

Temperatūros svyravimai. Skirtumas tarp paros maksimalinės ir minimalinės t°-ros (žiūr. 4 ir 5 lenteles) duoda paros t°-ros svyravimus arba t°-ros amplitūdą (žiūr. 6 lent.). Šita paros t°-ros amplitūda yra betarpiškai susijusi su žemės paviršiaus įšilimu die-

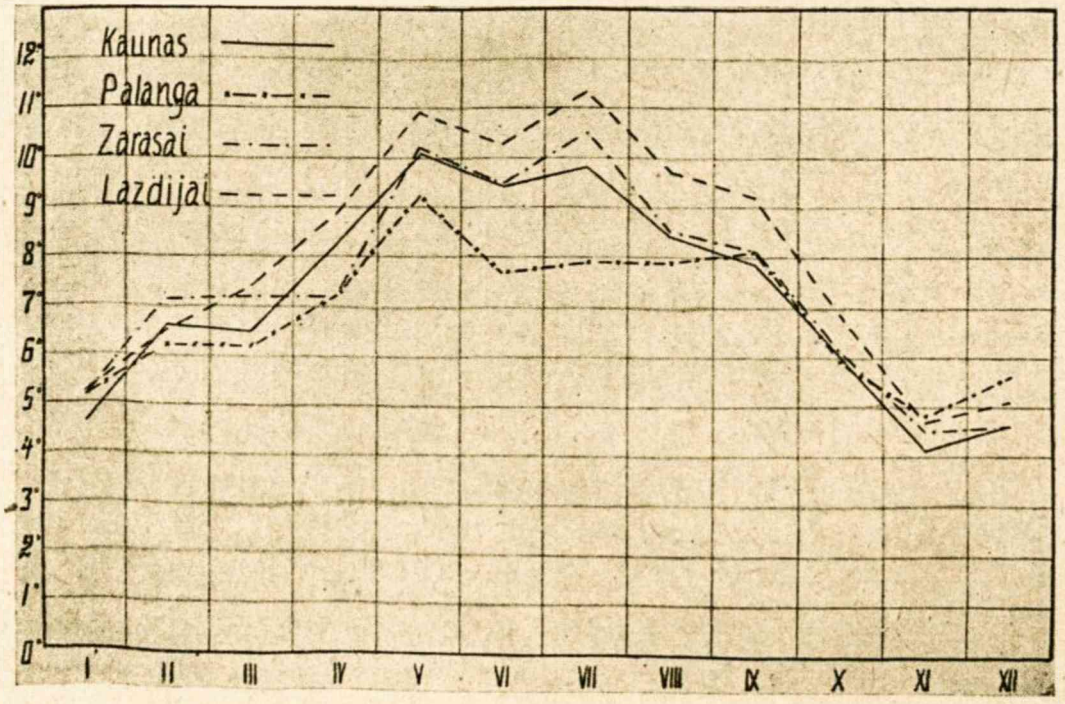
5 lentelė.

Vieta	Paros minimalinės t-ros vidurkis												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Metai
Kaunas . .	−7,3	− 8,6	−4,7	0,8	7,8	9,7	13,0	12,0	8,3	4,2	0,1	−5,8	2,4
Palanga . .	−5,3	− 7,2	−4,0	0,6	5,6	8,7	12,4	11,9	8,2	5,1	1,0	−4,0	2,8
Lazdijai . .	−7,2	− 8,8	−5,4	0,6	7,1	8,7	12,0	11,2	7,2	3,4	−0,2	− 6,4	1,9
Zarasai . .	−8,9	− 12,4	−7,0	0,1	7,0	9,0	12,5	11,9	7,1	3,4	− 1,2	− 6,5	1,3

6 lentelė.

	Vieta	Paros t-ros svyravimas												
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Metai
———	Kaunas	4,6	6,6	6,5	8,2	**10,1**	9,4	9,8	8,4	7,9	6,0	**4,1**	4,6	7,2
—×—	Palanga	5,1	6,2	6,2	7,2	**9,2**	7,7	7,9	7,9	8,1	5,9	**4,8**	5,6	6,8
— — —	Lazdijai	5,2	6,5	7,4	8,8	10,9	10,3	**11,3**	9,7	9,2	6,9	**4,7**	5,1	8,0
—.—.—	Zarasai	5,1	7,1	7,2	7,2	10,2	9,5	**10,5**	8,5	8,1	6,1	**4,5**	4,6	7,3

nos metu ir atšalimu nakties metu. Giedriomis dienomis žemės paviršius labai įšyla, bet nakties metu šita šilima greitai vėl išspinduliuoja į erdvę. Ūkanotomis dienomis priešingai: debesys kliudo žemei įšilti, bet teippat kliudo ir naktį atšalti. Todėl paros temperatūros svyravimai yra glaudžiai susiję su debesuotumu. Įsižiūrėję į paros t-^{0}ros svyravimų kreives (žiūr.



3 brėžinys.
Paros temperatūros svyravimų kreivės.

3 brėž.), matome, kad paros t^0-ros svyravimai, pradedant nuo žiemos mėnesių iki gegužės mėn., didėja ir pasiekia tą mėnesį beveik maksimumą; nuo gegužės iki birželio mėn., šalčių grįžimo metu, kiek nukrinta ir liepos mėnesį vėl pakyla iki antro, kiek didesnio, maksimumo; tik Palangos stoties kreivėje antro maksimumo, nematyti. Vadinasi, Palangoje vidurvasarį t^0-ra yra vienodesnė kaip kad kitose Lietuvos vietose. Jūra, viena, trukdo įšilti orui dieną ir, antra vertus, neleidžia jam teip greitai atšalti naktį. Tuo būdu jūros įtakoje sumažėja paros t^0-ros svyravimai. Žinoma, jūros t^0-ros išlyginamoji aplinkybė veikia visais metų laikais, kas matyti iš paros t^0-ros svyravimo kreivių, tačiau vasaros metu tas veikimas yra kur kas stipresnis: nuo birželio iki spalių mėn. paros t^0-ros svyravimai laikosi apie 8^0. Mažiausi paros t^0-ros svyravimai tenka lapkričio mėn., kas sutampa su didžiausiu debesuotumu.

7 lentelė

Vieta	Mėnesio maksimalinės t-ros vidurkis												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Metai
Kaunas - -	3,6	3,6	10,2	17,1	26,1	27,8	29,1	26,6	24,7	17,6	11,4	5,3	29,9
Palanga - -	4,9	4,1	8,4	16,5	24,8	26,5	27,6	25,9	22,5	16,6	11,1	6,6	28,4
Lazdija - -	3,4	3,6	10,4	18,4	26,6	27,8	30,1	27,6	25,5	17,9	11,7	5,4	30,7
Zarasai - -	2,4	1,7	8,0	15,6	24,9	27,8	28,9	26,5	23,3	16,8	10,5	3,6	29,5

8 lentelė

Vieta	Mėnesio minimalinės t-ros vidurkis												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Metai
Kaunas -	—17,2	—18,9	—14,1	—4,1	0,4	3,5	8,3	8,0	1,9	—2,3	—8,7	—15,9	—23,7
Palanga -	—17,6	—19,1	—15,6	—4,6	—1,5	2,2	6,0	5,2	1,4	—2,1	—8,7	—16,0	—22,7
Lazdijai -	—18,0	—18,5	—16,4	—5,2	—0,5	2,6	6,2	5,9	0,2	—3,1	—9,2	—18,3	—24,5
Zarasai -	—21,0	—27,4	—20,8	—6,2	—0,8	2,6	7,9	6,8	0,5	—3,0	—9,8	—20,3	—27,6

9 lentelė

Vieta	Mėnesiniai (neperijodiški) t-ros svyravimai												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Metai
Kaunas - -	20,8	22,5	24,3	21,2	25,7	24,3	20,8	18,6	22,8	19,9	20,1	21,2	53,6
Palanga - -	22,5	23,2	24,0	21,1	26,3	24,3	21,6	20,7	21,1	18,7	19,8	22,6	51,1
Lazdijai - -	21,4	22,1	26,8	23,6	27,1	25,2	23,9	21,7	25,3	21,0	20,9	23,7	55,2
Zarasai - -	23,4	29,1	28,8	21,8	25,7	25,0	21,0	19,7	22,8	19,8	20,3	23,9	57,1

Be paros t^0-ros svyravimų, kartais vedama tuo pačiu būdu mėnesinės t^0-ros svyravimai (žiūr. 7, 8 ir 9 lenteles). Mėnesinės t^0-ros didžiausi svyravimai būna pavasarį, dažniausiai gegužės mėnesį: apytikriai nuo + 26^0 iki — 0,5^0, t. y. per 26,5^0. Tokie dideli neperijodiški t^0-ros svyravimai rodo, kad gegužės mėnesį, greta su augšta vidurdienio t^0-ra, yra galimi didesni oro atšalimai nakties metu, kas, be abejo, jauniems daigams ir žiedams yra žalinga. Kai dėl tokių t^0-ros svyravimų veikimo žmogaus organizmui, nieko tikro negalima pasakyti, nes iš jų nematome, kaip staiga, t. y. per kurį laiką, tokiose ribose t^0-ra svyruoja Staigus t^0-ros kritimas žmogaus organizmą labiau užgauna, o prie iš lėto krintančios t^0-ros įprastose gyvenimo sąlygose galima prisitaikyti. Vėliau, kalbėdami apie pavasario orą, įsitikinsime, kad gegužės mėnesį yra palinkimas kaip tik prie staigių t^0-ros pasikeitimų „grįžtant šalčiams“. Staigūs t^0-ros svyravimai, savaime suprantama, nėra indiferentiški organizmo sveikatai.

Iš metų maksimalinės ir minimalinės t^0-ros galima išvesti metų temperatūros svyravimai. Iš daugelio metų gaunama metinės t^0-ros svyravimų amplitūda, kuri rodo, kuriose ribose vidutiniškai t^0-ra gali pasikeisti tarp šalčiausio ir šilčiausio metų laiko. Toks vidutinis metų t^0-rų svyravimas (žiūr. 8 lent.) yra: Palangoje 51,1^0, Kaune 53,6^0, Lazdijuose 52,2^0 ir Zarasuose 57,1^0. Kraštutinių t^0-rų metinė amplitūda, jei ji išvesta iš didesnio metų skaičiaus, gali būti visai nebloga klimato kontinentiškumo rodyklė. Šitie stambesnių laiko tarpų t^0-rų svyravimai žmogaus sveikatai praktiškos svarbos neturi; išvedama tik dėl įdomumo.

Kai dėl Lietuvos klimato temperatūrų, tai jos santykiuoja su termine patogumo zona šiteip (žiūr. 1 lent.): Mėnesiniai t^0-rų vidurkiai tik dviejų vasaros mėnesių, būtent, liepos ir rugpjūčio mėn., yra terminės patogumo zonos tarpe; kitais mėnesiais jie yra kur kas žemiau. Bet temperatūros vidurkis, kaip žinome, nevaizduoja realios t^0-ros. Realesnė bus vidurdienio arba dienos maksimalinė tamperatūra. Iš 3 lentelės matome, kad t^0-ros maksimumas ir šilčiausią mėnesį nebūna augštesnis už terminę patogumo zoną, bet pasilieka joje apie 5 mėnesius, būtent: nuo gegužės iki spalių mėn. Minimalinės (ankstybo ryto) temperatūros niekada nepasiekia tos patogumo zonos. Mėnesinė maksimaline t^0-ra rodo, kad birželio, liepos ir rugpjūčio mėnesiais gali pasitaikyti dienų, kurių vidurdienio t^0-ra vos vos iškyla iš patogumo zonos, o balandžio ir gegužės arba rugsėjo ir spalių mėnesių ta pati maksimalinė t^0-ra lieka terminėje patogumo zonoje. Stebėdami skaičių karštų „vasaros“ dienų, kuriose t^0-ra pakyla iki arba augščiau 25^0, pamatysime, kad tokių dienų per vasarą vidutiniškai tenka Kaunui apie 11, o Palangai apie 8 ir didžioji jų dalis esti kaip tik liepos mėnesį.

Iš augščiau nurodytų duomenų galima išvesti, kad neapsirengęs žmogus šešėlyje patogiai galės jaustis tik vidurdienyje ir tik keletą dienų, kada temperatūra būna augščiau 25^0. Vidutiniš-

kai apsirengęs, ir nedirbdamas darbo dienos metu, visą vasarą ir paskutinį pavasario bei pirmą rudens mėnesį žmogus gali išsilaikyti savo šiliminę pusiausvyrą, nenaudodamas cheminės termoreguliacijos. Bet nakties metu tomis pačiomis sąlygomis bus peršalta, todėl reikės arba šilčiau apsirengti arba pakelti šilimos gamyba judant. Dirbant fizišką darbą, terminė patogumo zona bus žemiau, žinoma, atsižiūrint į darbo sunkumą. Prie vidutinio darbo ta zona bus tik vienu kitu laipsniu žemiau, o sunkiai dirbant ir keletu laipsnių.

Žmogaus darbingumas, pasak Rubner'io (14) ir Plaut'o (12), fyzinės termoreguliacijos zonoje yra didžiausias. Didesnė šilima kliudo darbą dirbti, teippat didesnis šaltis, pasak šitų autorių, dėl didesnio kalorijų kiekio išeikvojimo kūno šilimai palaikyti, irgi mažina darbo našumą. Mūsų vasaros temperatūros, kaip matome, retai tebūna augštesnės už patogumo zoną, todėl darbingumas dėl perdidelės šilimos retai tenukenčia. Žinoma, šitą klausymą svarstant, reikia turėti galvoje ir kiti veiksniai, kurie sustiprina augštos t^0-ros fyzijologišką veikimą, būtent: saulės spindulių kaitinimas ir perdidelė oro drėgmė. F. Linke (8) nurodo, kad giedriomis dienomis dėl saulės radijacijos juntama temperatūra tariamai pakyla tokiu dydžiu: 12J, kur J—saulės radijacijos intensyvumas gr. cal. pro q. cm. per minutę. Jei žemę padengia sniegas, baltas smėlis, arba vandens paviršiuje, koeficijentas 12 padidėja iki 20. Mūsų sąlygomis saulės radijacijos intensyvumo matavimų man neteko gauti, todėl naudojausi Kessler'io (4) duomenimis, pav.: Posdame (geogr. plat. 52^0 23′) liepos mėnesio vidurdieniais pagal sakytą autorių — J= 1,26 gr. cal. pro q. cm. Pritaikius šitą formulę, pav., Kaune liepos mėn. vidurdienio temperatūrai, gaunama, kad vietoje rodomos temperatūros (pavėsyje) $22,8^0$, juntama t^0-ra bus $37,9^0$, t. y. bus augštesnė už fyzinę termoreguliacijas zoną.

Kaip žinome, žmogus pašalina savo kūno šilimą laidumu, spinduliavimu, konvekcija ir vandens išgarinimu. Pasak Schade (17), 35^0—40^0 tarpe ir nėsant oro judėjimų, šilimos pašalinimas spinduliavimu ir laidumu atkrinta, lieka tik vandens išgarinimas. Rubner (15) apskaičiuoja, kiek procentų gaminamos šilimos žmogus pašalina prakaituodamas įvairiose temperatūrose, ir gauna, kad $15—20^0$t-je pašalina 16,7%, 25^0—30^0 — 30,6%, o $35—40^0$ ore — 112%. Vadinasi, šiltoje aplinkumoje beveik visa šilima pašalinama išgaruojant vandeniui, žinoma, daugiausia prakaito pavidalu. Pradėjus prakaituoti, oda paraudonuoja, odos kapiliarai prisipildo kraujo, odos paviršius darosi drėgnas, kaip C. Flügge (1) išsireiškia, oda pereina į aktyvią būklę ir tuo būdu gali padidinti bent kiek šilimos atidavimą laidumu ir spinduliavimu, bet ypač padidina prakaito išgaravimu.

Mūsų klimato sąlygomis, kaip jau augščiau minėta, karštomis vasaros dienomis, vidurdienį, ypač kaitinant saulei, šilima atiduodama beveik tik garavimu. Jei oras būna

pakankamai sausas, tai prakaitas gerai išgaruoja ir išgaruodamas atima kūno šilimą, tuo būdu šilimos reguliacija lieka pusiausvyroje. Bet, šiltas, nejudąs ir drėgnas oras trukdo prakaitui garuoti. Prakaito gausiai išeina, susirenka jis dideliais lašais, bet neišgaruoja ir todėl organizmui nesuteikia jokios naudos. Susidaro tvankumo pojūtis, žmogus aptingsta, atsiranda nenoras judėti, sumažėja apetitas, ypač nenorima valgyti baltyminio ir riebalinio maisto. Tuo būdu instinktiškai mažinama šilimos produkcija, t. y. ima pasireikšti ir cheminė termoreguliacija. Vis dėlto augštoje t^0-je cheminės termoreguliacijos reikšmė nedidelė. Jei tokiose sąlygose organizmas yra priverstas dar dirbti fyzišką darbą, tai susidaro pavojus perkaisti. Sutrinka termoreguliacijos mechanizmai, temperatūra ima kilti, užgaunami svarbieji gyvybės centrai ir ištinka vadinamasis „šiliminis smūgis“. Jei pučia kad ir visai lengvas vėjas ir oras esti neperdrėgnas, tai mūsų klimato sąlygose šiliminio smūgio pavojus susidaryti negali. Vadinasi, oro drėgmė karštomis dienomis sustiprina t^0-ros veikimą, o vėjas Lietuvos klimato temperatūrų tarpe sumažina juntamą temperatūrą.

Lietuvos klimato sąlygomis didesnę metų dalį temperatūra būna, kaip matėme, žemiau terminės patogumo zonos. Todėl, vidutiniškai aps rengęs ir nedirbdamas darbo, žmogus visais metų laikais dienos metu, be vasaros, turės panaudoti ir cheminę termoreguliaciją, kad išlaikytų savo šiliminę pusiausvyrą. Cheminė termoreguliacija pradeda veikti tik tada, kai šaltis sujaudina šalčio receptorius odos paviršiuje. Medžiagos apykaita pakyla ne tik nuo šalčio, bet ir nuo kitų jaudiklių. O. Kestner (5) kartu su kitais tyrinėtojais stebėjo O_2 sunaudojimą prieš ir po pritaikymo odos jaudiklių ir gavo, kad po šalto vandens, garstyčių vonios arba šalto oro O_2 sunaudojimas padidėdavęs maždaug tuo pačiu santykiu. Vadinasi, ne tik šalčio, bet ir skausmo jaudikliai pakelia medžiagos apykaitą! Silpni jaudikliai, jei jie nejaudina odos receptorių, neturi įtakos medžiagos apykaitai. Kas kita stiprūs šalčio jaudikliai; jie sukelia drebėjimą ir nevalingus raumenų judesius. Frank ir Gessler (2) stebėjo pagrindinės medžiagų apykaitos jau pastebimą padidėjimą 14—20^0 t^0-je, jei bandomasis nusirengdavo. Tuo tarpu O. Kestner (6) nurodo, kad tai nevisada būna, nes esą individinių skirtumų, čia galinčios turėti reikšmės odos kraujagyslės, mityba ir bendra organizmo būklė. To paties autoriaus patyrimai rodo, kad silpni ir mažakraujai vaikai į tuos pačius jaudiklius reaguoja stipresniu medžiagos apykaitos padidėjimu negu sveiki. Yra nurodymų, kad stiprūs odos jaudikliai ir raumenims nejudant arba jų tonus'ui nepakylant gali sukelti didesnį O_2 sunaudojimą, ir prileidžiama, kad padidėjusio degimo vieta esą galinti teippat būti ir jeknos. Pavyzdžiui, R. Plaut (12) mano, kad šunio cheminės šilimos reguliacijos vieta esanti jeknose, ir jaudikliai iš odos patenką į jeknas per n. sympathicus. Nors čia daug ko

dar nežinoma, bet neabejojama, kad odos jaudiklių veikimas medžiagos apykaitai yra refleksiškas aktas.

Iš Lietuvos klimato lentelių matome, kad visais metų laikais, net ir vasarą nakties metu, šaltis yra pakankamas odos jaudiklis, kuris gali pakelti medžiagos apykaitą. Bet turint galvoje vidutiniškas gyvenimo sąlygas, kada žmogus dirba kurį-nors fyzišką darbą, tai galima sakyti, kad šaltis pradeda veikti jaudindamas rudeniui įpusėjus. Artinantis žiemai šalčio jaudinamasis veikimas stiprėja ir pavasariui ateinant vėl silpnėja. Iš lėto atsirandantiems šalčiams žmogus prisitaiko iš dalies vis šilčiau rengdamasis, iš dalies priprasdamas, t. y. padidėjus šilimos gamybai. Ir iš tikrųjų, antroje rudens pusėje, kai šaltis pradeda raudoninti skruostus, atsiranda didesnis noras valgyti, mėgstama baltyminiai ir riebūs valgiai. Dėl to padidėja medžiagos apykaita. Vienas kitas ir atsargon atideda storesnį paodinį riebalų sluogsnį. Mūsų klimato žiemos temperatūros pačios savaime su pakankamai šiltu apdaru yra lengvai pakeliamos. Dažnai persišaldoma, jei prisideda kiti žmogaus kūno atšaldomieji veiksniai, būtent: vėjas ir oro drėgmė. Vėjas ir oro drėgmė sustiprina šalčio veikimą. Teippat dažnai persišaldoma, jei pasitaiko staigus t^0-ros kritimas. Staigūs ir netikėti t^0-ros svyravimai mūsų klimato sąlygomis yra susiję su oro atmainomis. Bet ir perijodiški, pav., paros t^0-ros svyravimai gali netikėtai atšaldyti organizmą. Įsižiūrėję į maksimalines ir minimalines gegužės ir liepos mėn. temperatūras, matome, kad gegužės mėn., pav., Kaune t^0-ra svyruoja nuo 17,9° iki 7,8°, o liepos mėnesį ji svyruoja nuo 22,8° iki 13°. Liepos mėn. temperatūros svyravimai mažiau užgauna žmogaus organizmą, kaip kad gegužės mėn. beveik tokio pat dydžio svyravimai, nes paskutinieji yra kurkas toliau nutolę nuo terminės patogumo zonos. Vadinasi, gegužės mėnesį, esant beveik tokiems patiems t^0-ros svyravimams, pavojus nusišaldyti yra didesnis kaip kad liepos mėnesį.

Literatūros sąrašas.

1. Flügge, C., u. Heymann, Br: Grundriss d. Hygiene. X Auf. Berlin 1927.
2. Frank, C., u. Gessler, H.: „Pflüg. Arch. f. d. Ges. Physiologie“ Bd. 207, S. 376. 1925.
3. Hann, J.: Handbuch d. Klimatologie. III Band. Klimatographie. II Teil. Stuttgart 1911.
4. Kessler: Sonnen u. Himmels Strahlung. „Tabulae Biologicae“. Berlin 1925
5. Kestner, O., Dammeyer, F., Peemöller, F., u. Plaut, R.: „Klin. Wochensch.“ 910 (I.) p. 1925.
6. Kestner, O.: Die physiologischen Wirkungen des Klimas. Hand. d. normal u. patholog. Physiologie. XVII Bd. Berlin 1926.
7. Kolupaila, St.: Medžiaga Lietuvos klimatologijai. „Kosmos“ 1922—1923 m. III ir IV nr.
8. Linke, F.: Die physikalischen Faktoren des Klimas. Handb. d. norm. u. pathol. Physiologie. XVII Bd. Berlin 1926.
9. Olšauskas, St.: Šilimos pasikartojimas metų laikotarpiais Kaune. „Kosmos“ 1928 m. 307 p.

10. Pakštas, K.: Lietuvos klimatas. Klaipėda 1926.
11. Plaut, R.: Ueber den Stoffwechsel bei der Wärmeregulation. („Zeitschr. f. Biol." Bd. 76, S. 183, 1922).
12. Plaut, R.: „Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiologie" Bd. 205, S. 51. 1924.
13. Rubner, M.: Die Wärme. Handb. d. Hygiene. Bd. 1 Leipzig 1911.
14. Rubner, M.: Arbeit u. Wärme. („Festsch. d. Kais. Wilhelm. Ges. z. Förd. d. Wiss." 1921, S. 185. Cituota iš: Handb. d. normal. u. pathol. Physiologie. XVII Bd. Berlin 1926).
15. Rubner, M.: Ueber die Anpassungsfähigkeit d. Menschen u. s. w. („Archiv. f. Hygiene". Bd. 38, S. 120, 1900. Cituota iš Schade).
16. Rubner. M.: Die Gesetze des Energieverbrauches bei Ernährung. Leipzig u. Wien 1902. (Cit. iš Schade).
17. Schade, H.: Die Wärme. Handb. d. norm. u. pathol. Physiologie. XVII Bd. Berlin 1926.

(B. d.)

Dr. G. Joffė (Tauragė).

Apie vieną sterilitas (nevaisingumo) etijologinį faktorių.

Literatūroje paprastai nevaisingumo priežastys laikomos infekciško arba grynai mechaniško pobūdžio. Iš pirmųjų didžiausią kontingentą sudaro tubų nepraeinamumas, o iš antrųjų — hypoplasio genitalis plačiausia šito žodžio prasme.

Schultze[1]), iš Berlyno klinikos, pasirėmęs 660-mi atsitikimų, nevaisingumo priežastis klasifikuoja šiteip:

1) abiejų tubų occlusio — (44%!);
2) vienos tubos occlusio arba nevisai aiški occlusio;
3) hypoplasio genitalis;
4) uterus'o arba cervix'o pakitimai;
5) visiškai be jokios objektingos anomalijos — 10%!

Paskutinėje grupėje figūruoja neaiškūs galimumai, pav.: „konstitucijos sukeltas nevaisingumas", kuris galįs būti pašalintas per viso organizmo „Umstimmung", pasikeitus išoriniams (klimatas) ar vidiniams (climacterium'o artumas) faktoriams.

Graff[2]) be šitų paskutinių neaiškių galimumų, priduria dar „spermos immunitetą" ir galimą „asmenišką humoralinį antagonizmą" ta prasme, kad spermatozojidai cervikaliniame sekrete nustoją savo judrumo. Jisai iš 200 atsitikimų 8,5% priežastį radęs pas vyrą (jo sėklos netinkamumas).

Unterberger žiūri į rūgščią vaginos reakciją, kaip į apsivaisinimui trukdantį faktorių ir siūlo sodos pagelba pašalinti šitos rūšies nevaisingumą (esą po alkalinizacijos net gimstą daugiausia berniukai[3]).

---

[1]) „D. m. W.", 1935 m. 24 ir 25 nr.
[2]) „Aerztl. Praxis" 1928 m. nr.
[3]) Gyseno medic. draugijos posėdyje tam prieštarauta. „D. m. W." 1935 m. 1 nr.

Peržiūrėjęs prieinamą literatūrą, pastebėjau, kad nėra paminėtas dar vienas galimumas, dėl kurio apsivaisinimo gali nebūti ir kuris figūruoja pačių nevaisingų moterų atpasakojimuose — anamnezėje.

Mano ilgametės praktikos metu nevaisingos moterys, kurioms negalima buvo konstatuoti jokios objektingos priežasties jų nevaisingumui išaiškinti, — skundėsi, kad tuojau po coitus'o sperma išsiliejanti, tikriau, išsivaranti atgal iš vaginos. Jos instinktyviai klausdavo, ar dėl to neapsivaisinančios.

Daugiau negu 50-imi atsitikimų teko man susidurti su šituo fenomenu, ir aš rimtai pagalvojau, gal dėl tam tikrų priežasčių (pav., dėl bendros ar vietinės hypersensibilitas spermai) pasidaro utero-vagininis spazmas, vedąs prie aktyvaus reflux seninalis[4]).

Anatomiškai vagina susideda iš: 1) tunica mucosa; 2) tunica musculosa, būtent, iš dviejų sluogsnių lygiųjų raumenų (longitudinalis ir circularis), ir 3) tunica externa (Testut, Jaschke-Pankow).

Normaliai skersiniame pjūvyje vaginos lumen yra >—<(H) pavidalo ir kaip neegzistuojąs, „cavité virtuelle" (Henlé ir Testut).

Lygiųjų raumenų, ypačiai cirkuliarinių, fyzijologinė ypatybė yra būti tam tikrame tonus'e, kuris gali padidėti ir sukelti spazmus.

Taigi, vaginoje yra visi momentai, dėl kurių jos turinys (pav., sperma) gali būti visiškai pašalintas, išvarytas raumenims spazmiškai susitraukiant, anologiškai kaip kad tulžies pūslė, suerzinta magnezijos druskos (pro duodeninį zondą), visiškai išsituština be jokių skausmų.

Kad toks reiškinys gali atsirasti genitalinėje sferoje, galima įsitikinti dažnai, bematant, kaip laminaria, negiliai įkištas į cervix'o kanalą, stumte išstumiamas.

Pailiustruosiu šitą galimumą šiuo faktu:

Viena sterilė moteris teippat skundėsi, kad sperma jai tuojau stumte išstumiama; pas ją nerasta jokių etijologinių duomenų (nei mechaniškų nei infekciškų, nei išsirūtuliavimo) nevaisingumui išaiškinti. Aš sumaniau padaryti dirbtinį apvaisinimą. Užkabinau portio in speculo, įstačiau sterilį guminį kateterį į uterus'ą ir su švirkšle įšvirkščiau spermos. Taigi, tučtuojau kateteris drauge su visa sperma jiega buvo išstumtas laukan.

Mano nuomone, tatai buvo demonstracija ad oculos, kad, spermai suerzinus genitalinę gleivinę, expulsio seminalis įvyksta lygiesiems raumenims susitraukiant. Tiesa, tatai įvyko iš uterus'o, bet, kaip esu minėjęs, vaginoje esant visiems tiems patiems momentams, toks aktyvus reflux seminalis gali atsirasti ir post

---

[4]) Gal tiktų pavadinimas „expulsio seminalis".

coitum dėl hypersensibilitas spermai ir sukliudyti apsivaisinimą[5]).

Jei mano samprotavimai yra teisingi, tai toks reflux seminalis turėtų būti pašalintas, paveikus vaginos reakciją (pav., šarminiais plovimais), konstituciją (roborantia, sedativa etc.), ir lygiųjų raumenų tonus'ą, patariant moterims už pusės val. prieš coitus'ą vartoti suppositoria: Papaverini mur. à 0,08 (!) c. extr. belladon. à 0,025.

Taigi, kaikuriais atsitikimais aš turėjau pasisekimo.

Aš kreipiu kolegų dėmesį į minėtąjį etijologinį nevaisingumo momentą ir terapiją, nepretenduodamas, kad ji yra tikriausia. Gal kolegos pasiūlys geresnių metodžių.

Aš bent esu įsitikinęs, kad aktyvus[6]) reflux seminalis iš vaginos tuojau po coitus'o yra vertas dėmesio bent daugeliu atsitikimų.

Résumé.

L'auteur fait part sur un facteur étiologique possible de la stérilité primaire des femmes ou l'on ne rend aucune autre cause, c'est l'expulsion active du sperme tout de suite après le coitus. Celà s'effectuerait grâce à l'hypersensibilité de la muqueuse vaginale vis-à-vis du sperme, par la contraction active des muscles lisses de la tunica musculosa du vagin.

L'auteur aurait pu empêcher ce phénomène sur lequel il tire l'attention des médecins, par des suppositoires de papaverine en haute dose $^1/_2$ heure avant le coitus.

Gyd. K. Mogenis,
L. R. Kr. Klaipėdos ligoninės vidaus ligų skyriaus asistentas.

Lyphogranulomatosis s. morbus Hodgkini atsitikimas*).

(Iš L. R. Kryžiaus ligoninės vidaus ligų skyriaus. — Vedėjas — prof. K. Parčevskis).

Peržiūrėjęs L. R. Kr. Klaipėdos ligoninės 1933 metų antrojo pusmečio vidaus ligų skyriuje gydytų ligonių ligos istorijas, norėčiau vieną įdomesnį atsitikimą[1]) čia kiek smulkeliau panagrinėti, būtent:

---

[5]) Būdingas atsitikimas: [illegible]
Viena nevaisinga moteris, turinti aktyvų reflux seminalis, papasakojo man, kad tuojau po ejakuliacijos, net prieš emissio penis, ji jaučianti kaip sperma jau išsiveržianti.

[6]) Paprastas spermos išsiliejimas dėl jos pertekliaus, teip sakant, pasyvus, aišku, nieko nekliudo.

*) Pranešimas, skaitytas L. R. Kr. Klaipėdos ligoninės gydytojų susirinkime 1935. XII. 11 d.

[1]) „Medicinos" 1926 m. 5—7 nr. dr. A. Ambraziejūtės-Steponaitienės ir dr. P. Kalvaitytės aprašytasis lymfogranuliomatozės atsitikimas savo kliniška eiga ir vaizdu žymiai skiriasi nuo mūsų stebėto abdominalinės lymphogr. formos atsitikimo.

Anamnezė: 1933 metų spalių mėn. 27 d. į ligoninę atvyko pacijentas F. Š., 33 metų amžiaus, pasienio policininkas, gyvenąs Šventosios kaime, Palangos valsčiuje, skųsdamasis turįs laikas nuo laiko pakylančią ir vėl nukrintančią temperatūrą, nedidelius, neaiškius skausmus krūtinėje, pilve, nedidelį sausą kosulį. Apetitas esąs labai menkas, pavalgius dažnai išpučią vidurius. Iš nosies dažnokai bėgąs kraujas. Kartais krečiąs šaltis, gerokai prakaituojąs, jaučiąsis labai nusilpęs. Sergąs nuo 1933 metų balandžio mėn.: kas 3—4 savaitė nei iš šio nei iš to temperatūra staiga pakildavusi ligi 40°, laikydavusis augšta 4—5 dienas ir vėl nukrisdavusi ligi normos. Per laikotarpius be karščio jausdavęsis kiek geriau. Minėti neaiškūs skausmai krūtinėje, pilve bei virškinimo sutrikimai teippat atsiradę maždaug tuo pačiu laiku. Daug gydęsis: gydytojai visą laiką gydę nuo gripo, bronchito, skrandžio sutrikimo — nieko nepadėję. Ligoninėje negulėjęs. Šiaip daugiau niekuo nesirgęs. Rūkąs, alkoholinių gėrimų išgeriąs maža. Vedęs. Žmona esanti sveika, abortų neturėjusi, vaikų nėsą. Artimesni giminės esą sveiki.

Status praesens: Augšto ūgio, taisyklingo sudėjimo, menkos mitybos, kiek kachektiškas vyras. Nedidelio laipsnio ikterus universalis. Liežuvis labai apsivėlęs, tačiau pats jo galas švarus, raudonas. Burnoje ir ryklėje daugiau jokių patologiškų pakitimų nematyti. Temperatūra pažastėje 39,7°. Ligonis gerokai suprakaitavęs. Sąmonė aiški.

Pulsas 96, taisyklingas, vidutinio pilnumo. Širdies plotis 10 cm. Tonai dusloki. Kraujoslėgis: 120—130.

Plaučių ribos normalios, paslankios. Vidurinėse plaučių dalyse iš užpakalio girdėti atskirų sausų karkalų. Kvėpavimas lygus, 26 kartai per minutę.

Pilvas kiek išsipūtęs, spaudžiamas visas kiek skausmingas. Kepenų kraštas apčiuopiamas. Blužnis siekia VIII-to šonkaulio viršų ir XI-to šonk. apačią; josios apčiuopti negalima.

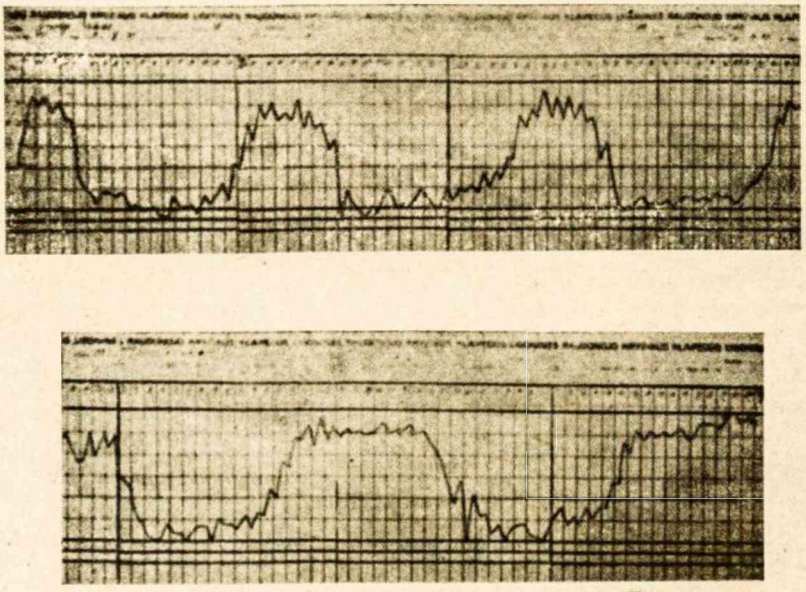
Abiejų kirkšnių ir pažasčių lymfinės liaukos padidėjusios (maždaug pupos didumo), kietokos, su oda nesuaugusios, neskaudamos. Kaklo lymfinės liaukos (m. sternocleidomastoideus užpakalyje) teippat padidėjusios, nors žymiai mažesnės kaip kad kirkšnyse ir pažastėse.

Pateliariniai refleksai +. Vyziukų reakcija šviesai ir distancijai normali. Kernig +. Kitų patologinių refleksų nėra.

Pirmomis stebėjimo dienomis šitas susirgimas dijagnozuoti buvo nelengva: teko pagalvoti apie sepsis, typhus, paratyphus, influenza, tbc., malaria... Padaryta eilė atitinkamų tyrimų: Gruber - Widal'io reakcija gąuta neigiama, krūtinės r-moje, be dėmėtų hilus'ų sričių, nieko ypatingo. Ištyrus kraują morfologiškai, rasta: Hb 72%, erytrocytų 4.000.000, leukocytų 1.800; Schilling'o hėmogramoje bazofilų nėra, eozinofilų 8, myelocytų nėra, jaunųjų 2, lazdelinių 6, segmentinių 66, lymfocytų 13 ir monocytų 5. Jokių kraujo parazitų nerasta. Pabrėžtina didelė leukopenia.

Praslinkus 4 dienoms, temperatūra nukrito, pasidarė šubnormalė (žiūr. temp. kreivę). Ligonio savijauta žymiai pagerėjo: ėmė geriau valgyti, miegoti. Liežuvis nusivalė. Pilvo meteorizmas kiek sumažėjo. Kitų objektingų žymių pagerėjimo reiškinių nebuvo pastebėta. Praslinkus 2 savaitėms, teemperatūra vėl staiga ėmė kilti, pakilusi laikėsi apie 40° 6 dienas ir vėl nukrito. Jai pakilus, atitinkamai pablogėjo ir ligonio būklė: ėmė kliedėti, blaškytis; pulsas suminkštėjo, meteorizmas padidėjo; iš nosies laikas nuo laiko po truputį bėgo kraujas. Po kelių dienų t° vėl nukrito ir laikės normaliai bei subnormaliai apie 2 savaiti, po to vėl pakilo ir t. t. (žiūr. temp. kreivę). Tokių ligonio temperatūros pakilimų ligoninėje buvo iš viso 6. Paskutinio temp. pakilimo metu ligonis mirė. Kiek atsigaudamas per tuos 2 savaičių laikotarpius, be pakilusios temperatūros, žymiai pablogėdamas karščiavimo dienomis, ligonis ėjo vis silpnyn ir silpnyn, kol, pagaliau, kaip jau minėta, 1934 metų vasario mėn.

20 dieną numirė. Per visą tą laiką jokių ypatingų naujų objektingų pakitimų, be vis didėjančios kacheksijos ir minkštėjančio pulso, atskiruose organuose nebuvo pastebėta. Kraujo vaizdas, kartotinai tiriamas, turėjo didelę leukopeniją, būtent: 1.400—2.400 leukocytų; hemoglobino kiekis sumažėjo ligi 60%. Schilling'o hemogramose paminėtina lazdelinių neutrofilų skaičiaus padidėjimas ligi 30%—49%, lymfocytų sumažėjimas ligi 10%—15%, visa kita laikės daugiau ar mažiau normos ribose (eozinofilų 1—5%). Šlapimuose buvo nedidelė albuminurija (1,3‰) ir atskiri hyalininiai cilinderiai sedimentuose.



Temperatūros kreivė mūsų morb. Hodgkini ligoje.

Jau antro temperatūros pakilimo metu, ekskliudavus sepsis, typhus, tbc., maliariją, imta manyti apie, tiesa, retoką, bet kada-ne-kada pasitaikančią ligą, būtent: lymphogranulomatosis s. morbus Hodgkini.

Tenka nors trumpai panagrinėti ir prisiminti kurie-nekurie minėtos ligos reiškiniai ir symptomai.

Jau 1832 metais Hodgkin aprašė susirgimą su pakilusia temperatūra, padidėjusiomis lymfinėmis liaukomis bei blužnimi, anėmija ir kacheksija. Panašūs susirgimai vėliau dažnai buvo painiojami su tbc., lues'u ir kitomis ligomis, kur būna ryškus daugybinis lymfinių liaukų padidėjimas. 1842 m. Virchow išskiria lymfinę leukemiją, 1865 m. Conheim — pseudoleukemiją, dar vėliau 1893 metais Kundrat atskiria lymphosarcomatosis. Pagaliau 1897—1898 mm. Paltauf'o ir Sternberg'o patologo-histologiškais tyrimais Hodgkin'o liga griežtai išskiriama iš kitų ligų tarpo, būtent: jie aprašė tam susirgimui būdingą granuliacinį audinį (lymfogranuliomą) su savotiškais gigantiškaisiais narveliais. Todėl tą susirgimą dažnai vienas kitas vadina ir Paltauf'o-Sternberg'o liga.

Šitos ligos etijologija visai neišaiškinta: sukėlėjas nežinomas. Pats Sternberg laikė šitą susirgimą savotiška tuberkuliozės forma, nes pats granuliacinis audinys kaikuriomis savybėmis panašus į tbc. granuliomas su joms būdingais gigantiškaisiais Langhans'o narveliais. Nuo tų laikų šituo klausymu tebeina ginčai. Vieni patologoanatomai, kaip antai, Baumgarten, Fraenkel, laiko tbc. bacilus lymfogranuliomatozės sukėlėjais, kiti, kaip Lubarsch, tatai griežtai neigia. Eksperimentai su gyvuliais davė neaiškius rezultatus. Tuberkulininės reakcijos dažniausiai būna neigiamos. Težinoma tik, kad tbc. ir l-gr. dažnai būna kartu. Buvo iš eilės sukėlėjais apkaltinti ir kiti daugiau ar mažiau patogeniniai bacilai: bac. coli, streptokokai, pneumokokai, difterojidiniai bacilai, kaikurios spirochečių rūšys, tačiau nieko aiškiai ir įtikinamai įrodyti nepavyko. Visi sutinka, kad l-gr. yra infekcinė liga. Neoplazminė l-gr. kilmės teorija griežtai atmetama.

Lymfogranuliomatozė užtinkama visur. Kiek dažneliau ji pasitaikanti Rytprūsiuose. Litteck'o tyrinėjimais tame krašte ypatingą vaidmenį vaidinąs vietos drėgnumas: ten, kur būną potvynių, dažniau pasitaiką ir susirgimų Hodgkin'o liga. Įdomu, kad mūsų pacijentas (pasienio policininkas) pats skundėsi, kad jam tarnyboje dažnai tekę braidyti po vandens užlietas vietas ir dažnokai peršalti. Po didžiojo karo l-gr. atsitikimų kiek padaugėję, dabar jie vėl esą retesni. Dažniausiai ta liga susergą neseni žmonės: 20—40 metų amž. (mūsų pacijentas turėjo 33 metus). Tačiau buvę stebėti susirgimai l-gr. ir pas 2—5 mėn. amž. kūdikius bei pas visai senus žmones. Vyrai susergą ta liga 2 kartu dažniau kaip moterys. Paveldėjimo ir konstitucijos momentai ypatingos reikšmės neturį.

Pro kur įsiskverbia infekcija į organizmą, nežinoma. Vieni kaltina tonziles (ypat. Amerikos tyrinėtojai), kiti nosies gleivinę, virškinamąjį traktą, net odą.

Iš patologo-anatomiškų pakitimų paminėtini svarbesnieji, būtent: Lymfogranuliomatozei yra būdingas daugybinis lymfinių liaukų padidėjimas. Jos būna žirnio, pupos ar balandžio kiaušinio dydžio. Pradžioje jos laikosi atskirai, vėliau susijungia į „paketus"; niekada nesuauga su oda ir nesupūliuoja. Paskutinėse ligos stadijose, virstant lymfogranuliaciniam audiniui jungiamuoju, lymfinės liaukos žymiai sumažėja.

Blužnis dažniausiai esti padidėjusi, nors ir neperdidelė: per kokius 2—4 skersus pirštus išėjusi iš po kair. šonkaulių lanko. Sekciniame pjūvyje ji turi vadinamosios porfirinės blužnies vardą.

Kepenyse teippat užtinkama lymfogranuliomatozinių pakitimų. Kepenys gali būti truputį padidėjusios.

Plaučiuose dažnai rentgenografiškai pastebimos žymiai padidėjusios hilus'inės ir peribronchinės lymfinės liaukos.

Pleuros, perikardo ir peritoneum'o tuštymuose pastebimi kartais didesni ar mažesni eksudatai.

Virškinamasis traktas dažniausiai būna gerokai tos ligos paliestas, ypač esant vadinamai abdomininei lymfogranuliomatozės formai (mūsų atsitikimas!). Virškinamojo trakto lymfinėje systemoje atsiradę granuliaciniai audiniai kartais įauga į žarnų spindį, sukeldami mechaniško pobūdžio sutrikimų — obstipatio, ileus; kartais perauga skrandžio ar žarnų sienelę ir pasidaro perforatio, kraujavimai.

Dažnai nukenčia nuo l-gr. ir kaulų systema: lymfogranuliomatozės lizdai dažniausiai užtinkami kaulų smegenyse, rečiau perijoste. Osteoporozinių procesų dėka lengvai pasitaiko spontaniškos fraktūros. Palietus l-gr. stuburo kaulus, stuburkauliams subliūškus, gali atsirasti myelitis transversa symptomų.

Šiaip centrinėje nervų systemoje (galvos smegenyse, meninguose) l-gr. lizdų pasitaiko gana retai.

Pažymėtina dažnai ypatinga rusva (bronzinė) ligonių, sergančių l-gr., odos spalva. (Mūsų ligonis turėjo nedidelį ikterus universalis). Tatai aiškinama ligos produkuojamų toksinų veikimu.

Raumenyse labai retai teužtinkama lymfogranuliomatozinių židinių.

Iš komplikacijų paminėtina: įvairūs kompresiniai reiškiniai, — vena cava, vena portae, trachėjos ir mediastinum'o srityse, — atsiradę dėl padidėjusių lymfinių liaukų ar jų paketų. Dažnokai atsiranda amyloidosis. Gana dažnai išsiplečia tbc., virsdama miliarine ir kt.

Specifiško lymfogranuliacinio audinio polimorfišką histologišką vaizdą sudaro: įvairių formų su įvairiais branduoliais endoteliniai narveliai, fibroblastai, plazminiai narveliai, polinukleariniai neutrofiliniai leukocytai, narveliai su vadinamaisiais Russel'io kūneliais, dažniausiai daug eozinofilų, Charcot - Leyden'o kristalų ir, pagaliau, būdingų gigantiškų Sternberg'o narvelių su 5—6 branduoliais narvelio centre (tuberkulioziniame audinyje pasitaikančių Langhans'o gigantiškų narvelių branduoliai yra periferijoje).

Kliniška ligos eiga labai įvairi. Paprastai ji prasideda bendrais negalavimo reiškiniais: bloga savijauta, galvos skausmais, prakaitavimais, virškinimo sutrikimais, ypatingai viduriavimais (Ziegler), šalčio krėtimais. Kartais atsiranda didelis odos niežėjimas, prurigo, ekzema, dėl kurių pacijentas gali pirma pakliūti ir pas dermatologą.

Kraujuje paprastai būna polinukleārinė leukocytozė (ligi 20.000 leuk. ir daugiau) arba žymi leukopenija (2.000 leuk. ir mažiau). Paskutinėse ligos stadijose paprastai sumažėja lymfocytų skaičius.

Susidarius labiau padidėjusių lymfinių liaukų paketams mediastinum'e dėl jų spaudimo, kaip jau minėta, gali atsirasti įvairių mechaniškų spaudimo reiškinių: spaudžiant padidėjusioms liaukoms trachėją ar bronchus, dažnai atsiranda ligonį varginąs sausas kosulys ir dusulys. Žinoma, dažnai atitinkami pakitimai tada matomi ir krūtinės rentgenogramoje.

Nepaisant patologo-anatomiškų kepenų pakitimų, kliniškų reiškinių jie sukelia nedaug: jos esti kiek padidėjusios, lygios, paprastai neskaudamos; šlapimuose užtinkama urobilinogeno ir urobilino.

Virškinamojo trakto pakitimai sutinkami dažniausiai. Iš kliniškų symptomų paminėtina: meteorizmas, apetito stoka, bendras pilvo ploto skausmingumas (kaip ir mūsų atsitikimu), kartais viduriavimai ir kt. Visa tatai ypatingai svarbu turėti galvoje, susidūrus su vadinamąja abdominine lymfogranuliomatozės forma (mūsų atsitikimas). Tokiais atvejais paprastai išorinės lymfinės liaukos typingose vietose būna mažai padidėjusios, blužnis žymiai gali būti teippat nepadidėjusi (kaip kad mūsų atsitikimu). Dėl meteorizmo ir anatominės padėties padidėjusių mezenterinių ir retroperitoninių lymfinių liaukų apčiuopti dažniausiai nepavyksta. Matyti, kad infekcija abdomininių l-gr. formų atsitikimais pakliūva į organizmą pro virškinamąjį traktą, mažiau paliesdama kitų organų sritis. Suprantama, kad abdomininės formos atvejais dijagnozė dar labiau pasunkėja.

Dažniausia l-gr. komplikacija yra tbc., ypatingai miliarinė. Atsiradus didesnei kacheksijai, gali atsirasti ir amyloidosis su atitinkama albuminurija (baltymo ir mūsų pacijento šlapimuose buvo rasta 1,3 ‰, tačiau tatai buvo, mūsų nuomone, febrilinė, o ne amyloidinė albuminurija).

Dijagnozė, — turint reikalo su būdinga perijodiška temperatūra, daugybinių lymfinių liaukų padidėjimu, anėmija, kacheksija, tam tikru, kad ir nepastoviu, kraujo vaizdu (leukocytoze ar leukopenija), — ypatingų sunkumų nesudaro. Visai tikrai l-gr. dijagnozė galima pasakyti, padarius bandomąją lymfinių liaukų ekciziją ir ištyrus histologiškai. Deja, mes to negalėjome padaryti, nes ligonis probatorinės ekscizijos daryti neleido. Dėl kitų priežasčių negalėjome vėliau padaryti ir sekcijos.

Diferencijuojant lymfogranuliomatozę nuo kitų susirgimų, prisimintina:

1. Ligos su daugybiniu lymfinių liaukų padidėjimu — tbc. ir lues. Pirmosios ligos atvejais liaukos dažnai supūliuoja, antrosios — retai būna visos teip padidėjusios, kaip l-gr. atsitikimais. Vienomis seroreakcijomis perdaug pasitikėti negalima.

2. Piktybiniai navikai, ypat. lymphosarcoma Kundrati. Pastaroji duoda dažnai izoliuotą augli kakle ir mediastinum'e, bet ne tokį daugybinį liaukų padidėjimą kaip l-gr. Iš kitų navikų paminėtina bronchogeninė karcinoma ir metastaziniai karcinomos augliai, kurie retai vėl gi būna tokie daugybiški.

3. Kraujo ligos, kaip kad leukaemia ir aleukaemia, kartais gali būti sunkoka atskirti nuo l-gr. Leukemija duoda būdingą kraujo vaizdą su žymiai padidėjusiu leukocytų skaičiumi, aleukemijų atsitikimais blužnis paprastai būna žymiai didesnė, kaip kad sergant l-gr.

Ypatingų sunkumų dijagnozei gali sudaryti šitos ligos abdomininė forma, kur nėra lymfinių liaukų ir blužnies padidėjimo. Atskirti l-gr. nuo banališkų virškinamojo trakto sutrikimų ar žarnų tbc. ligos pradžioje kartais būna labai sunku, beveik negalima. Žinoma, tenka pagalvoti ir apie typhus bei paratyphus. Sunkoka kartais, esant nebūdingai neaiškios kilmės temperatūrai, atskirti l-gr. nuo sepsis, endocarditis lenta, tbc. miliaris, morbus Banti ir kt.

Lymfogranuliomatozės prognozė labai bloga: pasveikimai nežinomi. Liga trunka paprastai 1—3 metus, rečiau trumpiau kaip ½ metų. (Jei mūsų atsitikimu, ligonio žodžiais, jis pradėjęs sirgti šita liga 1933 m. balandžio mėn., tad ji truko iš viso apie 11 mėnesių).

Gydymas. Morbus Hodgkini bandoma gydyti (Senn'o pasiūlymu 1903 m.) rentgeno spinduliais, švitinant padidėjusių liaukų sritis. Jais nors ir neįstengiama l-gr. išgydyti, bet galima esą kiek pailginti nelaimingųjų ligonių gyvenimas. Nuomonės tuo reikalu nevienodos: vienomis statistikomis gyvenimas pailgėjęs apie 1½ (Yates, Bunting), kitomis — net 2—3 metais (Voorhoeve).

Bandėme rentgenoterapiją ir mes. Kadangi po rentgenizacijos sumažėja leukocytų skaičius kraujuje, o mūsų pacijentas turėjo ir teip jau didelę leukopeniją, todėl mes pradžioje nuo gydymo rentgeno spinduliais buvome susilaikę, bijodami ligoniui daugiau pakenkti negu padėti. Pasitaikius progai, mano šefui prof. K. Parčevskiui teko pasitarti tuo reikalu Kaune su prof. Assmann'u. Jo patariami padarėme ligoniui kelis rentgenoterapijos seansus mažomis dozėmis (po 100 r), tačiau jokio — nei subjektingo nei objektingo — pagerėjimo nepastebėjome: ligonis ėjo vis silpnyn ir, pagaliau, mirė.

Siūloma dar vartoti arseno preparatai. Visi kiti medikamentai teturi symptominio gydymo reikšmę.

Literatūra:

1. Dr. Ambraziejūtė-Stepʼonaitienė: Lymphogranuloma malignum arba Hodgkino ligos atsitikimas. „Medicina“ 1926 m. 5—7 nr.
2. Assmann: Lymphogranulomatosis. „Neue Deutsche Klinik“ 1928, VI tomas.
3. Dr. Kalvaitytė: Limfogranuliomos audinio reakcija Rentgene spinduliams, remiantis patologiniais histologiniais daviniais. „Medicina“ 1926 m. 5—7 nr.
4. Strümpell: Spezielle Pathologie u. Therapie der inneren Krankheiten.

AUTOREFERAT.

Ein Fall einer Lymphogranulomatose s. Morbus Hodgkini.

Es wird ein interessanter Fall einer Lymphogranulomatose, abdominale Form, beschrieben. Ende Oktober 1933 erschien im Krankenhause des Litauischen Roten Kreuzes in Klaipėda (Memel), als Kranker ein Grenzpolizeibeamter, 33 Jahre alt und klagte ueber grosse koerperliche Schwaeche, regelmaessig jede 2 bis 3 Wochen ansteigende, 4 — 6 Tage anhaltende, Temperatur, Mangen- und Darm- beschwerden (Meteorismus, Obstipation, Bauchschmerzen). Er leide an dieser Krankheit seit April d. J. und sei von mehreren Aertzten (ausserhals des Krankenhauses) wegen Grippe, Magenkatarrh, Bronchitis etc. behandelt worden. Die Behandlungen seien aber erfolglos gewesen: die Krankheit habe sich verschlimmert, der Kraeftezustand habe dauernd abgenommen. Ausser dieser Krankheit sei er niemals krank gewesen. Die Frau und die naechsten Verwandten seien vollstaendig gesund. Der Kranke ist Raucher und trinke manchmal, aber maessig.

Die wichtigsten Ergebnisse des Status praesens: Leichteren Grades Kachexie und Icterus universalis. T°39,7. Starkes Schwitzen. Die Zunge mit Ausnahme der Spitze ist stark belegt. Tonsillen o. B. Puls 97, regelmaessig. Herzweite 10 cm. Herztoene ein wenig dumpf, keine Geraeusche. Blutdruck: max. 120, min. 30. Bei Lungenauskultation sind beiderseits vereinzelte Ronchi sicci zu hoeren, sonst aber (auch roentgenographisch) o. B. Die Leber ist ein wenig vergrossert, fuehlbar, glatt und beim Druecken schmerzlos. Die Milz ist ebenfalls ein wenig vergroessert (perkutorisch zwischen den oberen Rand der VIII. und den unteren Rand der XI. Rippe), aber nicht palpatorisch fuehlbar. Der Bauch ist aufgeblasen und beim Druecken etwas schmerzhaft. Die Hals-, Achsel- und Leistenlymphdruesen sind vergroessert, etwa bohnengross, ziemlich hart, unempfindlich und mit der Haut nicht verwachsen. Urin: Eiweiss 1,3‰. Blut: 72%, Erythrocyten 4.000.000, Leukocyten 1.800. Haemogramm nach V. Schilling: Eosinophile 8%, Jugendliche 2%, Stabkernige 6%, Segmentierte 66%, Lymphocyten 13% und Monocyten 5%. Keine Blutparasiten. Bemerkenswert ist die grosse Leukopenie.

Am Anfang war die Diagnose der Krankheit nicht leicht zu stellen. Im Laufe der Zeit und bei Beobachtung des Fiebers wurde es almaehlich deutlicher. Interessant ist die besonders regelmaessige, periodisch rueckfaellige Temperatur (Siehe Kurve im litauischen Text) — chronisches Rueckfallfieber im Sinne Ebstein. Demzufolge mussten eine ganze Reihe von Kranheiten, und zwar: Sepsis, Endocarditis lenta, Typhus, Paratyphus, Malaria ausgeschlossen werden. Die Diagnose zu stellen wurde noch erschwert durch die seltener erscheinende abdomi-

nale Form dieser Krankheit, bei der gewoehnlich ein grosser Milztumor, stark vergroesserte Hals-, Achsel- und Leistenlymphdruesen fehlen. In solchen Faellen sind die vergroesserten mesenterialen und retroperitonealen Lymphdruesengruppen wegen der tiefen anatomischen Lage schwer fuehlbar. Diese abdominale Form der Lymphogranulomatose ist nicht zu unterscheiden von einer banalen Magen- und Darmerkrankung, besonders schwer ist es, wenn der Kranke ausser dem Krankenhause von einem Arzt nicht staendig beobachtet wird.

Ueber den Verlauf der Krankheit ist folgendes zu bemerken: Die Kachexie wurde immer groesser. Die Temperatur stieg jede zweite Woche bis 40°, hielt 5—7 Tage an, um wieder bis auf normal und subnormal zu sinken. Der Zustand des Kranken, ungeachtet der kleinen Besserungen waehrend der Zeit ohne Fieber, hat sich bei jeder Temperatursteigerung verschlimmert (groesserer Meteorismus, Bauchschmerzen, profuses Schwitzen, oft Epistaxis, Benommenheit etc.). Hb. sank bis auf 60%, Leukopenie hielt staendig an (1400—2400), die Lymphocytenzahl sank bis auf 10%, die Eosinophilenzahl blieb normal (1—5%). Der Kranke lag in der inneren Abteilung des obig genannten Krankenhauses 4 Monate und ist im Februar 1934 gestorben. Sollten die Angaben des Kranken, dass er im April 1933 erkrankt sei, auf Wahrheit beruhen, so wuerde die Krankheit 11 Monate gedauert haben.

Da der Patient nicht einverstanden war eine Biopsie machen zu lassen und nach seinem Tode aus verschiedenen Gruenden eine Sektion nicht gemacht werden konnte, war es leider unmoeglich die Diagnose patologoanatomisch nachzupruefen.

Hervorhebend ist noch die Tatsache, dass der Kranke waehrend seiner Dienstzeit sich in feuchten niedrigen Gegenden aufgehalten habe und sehr oft durchnaesst wurde. Laut **Litteck's** Nachforschungen in Ostpreussen soll die Lymphogranulomatose in bodenfeuchten Gegenden am haeufigsten vorkommen.

Ausser der medikamentoesen Therapie (Arsen etc.) wurde der Kranke auch mit Roentgenstrahlen behandelt. Irgendwelche Erfolge dieser Strahlentherapie sind leider ausgeblieben.

Gyd. P. Kazlauskas.

Trečiasis Lietuvos akių gydytojų draugijos suvažiavimas,

buvęs 1935 metų gruodžio mėn. 8 d. V. D. U. Akių klinikoje.

Suvažiavimą atidarė prof. P. Avižonis.

Suvažiavime dalyvavo 16 draugijos narių ir 9 svečiai, iš viso 25 asmenys.

Pirmininkavo prof. P. Avižonis, sekretoriavo gyd. O. Landsbergienė ir gyd. P. Kazlauskas.

I. Pranešimai.

1. B. Goldengeimas: **Patyrimai su tebeprotin'u.** Tebeprotin'as yra vienas iš daugelio tuberkulino preparatų. Į tuberkuliną žiūrima, kaip į priemonę aktyvios organizmo mobilizacijos kovai su tbc lizdu. Esąs tuberkuline specifiškas pradas susitinka susirgusiame tbc. organizme su antikūniu ir drauge su juo sudaro stipriai veikiamus nuodus. Jei turime šviežią tbc. lizdą, tai šitų nuodų veikimas pasireiškia lokalinės reakcijos ties tbc. lizdu pavidalu. Didžiausią naudą tuberkulinas duoda tada, kai organizmas dar yra stiprus ir kai dar toksinų jame maža. Tuberkulinas veikia kaip antigenas. Seniausias tuberkulino preparatas yra Koch'o

„alt-tuberkulin“. Dėl didelio jo nuodingumo daugelis klinicistų jo vietoje siūlo vartoti tebeprotin'ą. Tebeprotinas yra grynas baltymas, pagamintas Toenissen'o iš typus humanus tbc. bakterijų virulentinės rūšies, be jokių priemaišų, kuo ir skiriasi nuo alt-tuberkulin'o.

Autoriui teko gydyti tebeprotinu 40 atsitikimų, bet 23 atvejais dėl įvairių priežasčių gydymas nebuvo baigtas ir dėl to gydymo rezultatai tikrai nežinomi.

Gydymo būdas: dvi dienas yra tikrinama ligonio t^0, ir, jei ji randama normali, tai trečią dieną daroma dijagnostinė intrakutaninė sol. tebeprotini injekcija 0,2 kb. cm., kuriuose yra 0,0001 mlgr. tebeprotino. Jei reakcija yra teigiama, tai po 6 dienų pradedamas gydymas tebeprotinu. Pirma terapinė dozė yra tokia pati kaip kad ir dijagnostinė, tačiau jei po terapinės dozės atsitinka smarki lizdinė akies reakcija, tai pirma terapinė dozė reikia sumažinti iki 0,00001 mlgr. Po pirmosios injekcijos yra daroma 2—3—4 dienų pertrauka. Po to dozė kaskart didinama ligi 0,001 mlgr. (0,0001, 0,0002, 0,0003 ir t. t. ligi 0,001 mlgr). Vėliau injekcijos tęsiamos nuo 0,001 ligi 0,01 su 4—7 dienų pertraukomis. Stipriausia tebeprotino injekcijų serija — nuo 0,01 ligi 0,1 mlgr. Čia tarp injekcijų daromos 8—14 dienų pertraukos. Terapinės injekcijos yra daromos į paodį. Baigę tebeprotino gydymo kursą 17 ligonių buvo šie: 5 sirgo skleritu, 1 — keratoskleritu, 4 — keratitis scrofulosa, 2 — iridocyklitis, 1 iridochorioiditis ir 4 — chorioiditis. Visiems ligoniams internistinis ir rentgenologinis tyrimai tbc. nekonstatavo, tik dviem atvejais su recidyvuojančiu chroniška iridocyklitu rentgenograma parodė padidėjusias bronchines liaukas.

Sklerity gydymas buvo sėkmingas. Recidyvų negauta. Stebėjimo laikas 1—2 metai. Padaryta 15—20 injekcijų. Keratoskleritas po 18 injekcijų pagijo. Regėjimo aštrumas iš 0,1 pasitaisė ligi 0,6 normalaus matymo. Per 3 stebėjimo metus recidyvo negauta. 4 skrofuloziniai keratitai teippat pagijo. Tik vienam buvo recidyvas po 14 mėnesių. Du recidyvuoją iridocyklitai pagijo ir per 2—3 metus susirgimas nebesikartojo. Vienu iridochorioidito atveju su stiklakūnio drumstumais po 28 injekcijų akis žymiai pasitaisė. Regėjimo aštrumas iš 0,1 pasitaisė ligi 0,6 normalaus matymo. Iš 4 chorioidito atsitikimų dviem atvejais gydymas tebeprotino injekcijomis davė teigiamus, o dviem atvejais — neigiamus rezultatus.

Išvada. Tebeprotinas tinka įvairiais akių tuberkuliozės atsitikimais. Tebeprotino dozė tenka individualinti atsižvelgiant į lizdinę akies reakciją. Jei reakcija esti labai gyva, geriau laikinai nutraukti specifiškas gydymas. Ypatingas atsargumas reikalingas gydant chorioiditis centralis. Tbc etijologijai nustatyti reikalingas internistinis tyrimas, thorax'o rentgenograma ir dijagnostinė tuberkulino injekcija.

Diskusijos. M. Steiblys (Klaipėda): Dabar Meller'io klinikoje gydymas tebeprotinu kiek kitaip jau daromas. Dijagnostikos reikalu injekuojama iš karto intrakutaniškai įvairaus stiprumo tebeprotino skiedinių, būtent: 0,2 kb. cm. 1 : 1.000.000, 0,2 kb. cm. 1 : 100.000 ir 0,2 kb cm. 1 : 10.000. Jei reakcija išeina neigiama, tai po 2 dienų dar injekuojama: 0,1 kb. cm. 1:10.000 ir 0,2 kb. cm. 1 : 1.000. Jei reakcija dar neigiama, tai po 2 dienų: 0,2 kb. cm. 1 : 1.000 ir 0,2 kb. cm. 1 : 100. Terapija pradedama nuo 10 kartų mažesnės dozės už minimalią dozę, nuo kurios buvo gauta teigiama vietinė reakcija. Toliau kita dozė didinama puse prieš tai pavartotos dozės, pav. 1:100.000 mg., 1,5:100.000 mg., 2,25:100.000 mg. ir t. t. Pagal bendros ir vieninės reakcijos stiprumą, kartais dozės keičiamos. Didesnės tebeprotino dozės kaip 5:100 mg. dėl pavojaus smarkios bendrinės reakcijos nebevartojamos.

J. Nemeikša (Kaunas): Gydymas tuberkulinu centriniame chorioidite nevartotinas, nes gali sukelti ligos pablogėjimą. Kaip su tebeprotinu tokiais atvejais?

Prof. P. Avižonis (Kaunas): Akių tuberkuliozės terapijos klausymas buvo vienas iš pagrindinių XIV-to tarptautinio oftalmologų kongreso (1933 m.) darbų tvarkos punktų. Iš diskusijų paaiškėjo tuberkulino

terapijos atžvilgiu skirtingos nuomonės. Vienu klausymu nuomonės sutapo, būtent dėl reikalingumo būti labai atsargiam su tuberkulinoterapija centrinio chorioretinito atvejais, nes židininė reakcija foveos srityje gali padaryti daug žalos. Tokią pavojingą židininę reakciją gali sukelti ir subkutaninis dijagnostinis mėginys. Kad reikia būti atsargiam, matyti iš d-ro Goldengeimo atpasakoto nemalonaus pablogėjimo, gydant tuberkulinu vieną chorioidito atsitikimą. Davoso akių sanatorijos vedėjas dr. Werdenberg savo straipsniuose („Kl. M. f. Aug.“) nekartą yra skundęsis gaunąs iš įvairių vietų pacijentų, perdaug energingai gydytų tuberkulinu.

Goldengeimas (Steibliui): Pernai, būdamas Vienoje, pastebėjau, kad ten tebeprotin'as leidžiamas mažesnėmis dozėmis. Aš leidžiu remdamasis dar senesniais patyrimais. (Nemeikšai). Dėl centrinio chorioidito gydymo tebeprotinu aš sutinku su ponu prof. Avižoniu, kad gali pakenkti. Literatūroje yra įvairių nuomonių: vieni už, kiti prieš gydymą tebeprotinu.

2. V. Avižonis: **Alerginiai akių susirgimai.** Alergija yra nenormaliai padidėjęs, specifiškas organizmo jautrumas kaikurioms medžiagoms — alergenams. Alergenais gali būti įvairios medžiagos: įvairūs maisto produktai, suspenduotos ore medžiagos — klimatergenai (butų dulkės, pelėsių grybeliai, duknų pūkai, mikroorganizmų skilimo produktai ir t. t.), kačių-šunų-arklių plaukai, jų prakaitas, pleiskanos ir t. t., žiedadulkės, įvairių augalų bei medžių lapai, mediena, įvairūs chemikalai, kosmetikos medžiagos, vaistai, vabzdžių, parazitų ir bakterijų produktai.

Į kūną alergenai patenka įvairiais keliais. Pakitimų akyse pasidaro, patekus alergenui į konjunktivos maišą tiesiog iš oro ar iš nosies arba jie yra atnešami kraujo ar lymfos takais. Pakitimų akyse gali atsirasti ir refleksiniu būdu.

Būna vokų, konjunktivos, ragenos ir gilesniųjų akies dalių alerginiai susirgimai. Vokų alerginiai susirgimai esti ėdemų, ekzemų ir blefaritų pavidalo. Konjunktivos alerginiai susirgimai esti: a) atkaklių, chroniškų konjunktivitų pavidalo (conjunctivitis chronica simplex, conjunctivitis, neuro-allergica — Schnaudigel), b) atropininio typo susirgimai (folikuliniai, ekzeminiai, c) ėdeminio typo ir d) conjuctivitis vernalis pavidalo. Ragenoje ir rainelėje teippat būna alerginių susirgimų (keratitis marginalis, iritis). Gilesniųjų akies sluogsnių alergiški pakitimai būna dažniausiai infekcinės alergijos kilmės, tad jie čia smulkiai neliečiami.

Autorius, paminėjęs kitų aprašytus akių alergijos atsitikimus, paduoda keletą V. D. U. Akių klinikos atsitikimų. Buvo trys akių alergijos atsitikimai kosmetinės kilmės. Nudažius antakius ir blakstienas, vienu atveju jau po 3 valandų, kitais atvejais antrą dieną atsirado didelė vokų ir veido ekzema, vokų konjunktivos paraudimas, obuolio konjunktivos chemozė, ekchymomos, vietomis net konjunktivos epitelio nusinėrimas. Vienu atveju ir ragenos pakraščiuose rastos epitelio erozijos. Klinikoje gydėsi 6—10 dienų. Namo išvyko dar nevisai pasveikę. Medikamentinės alergijos atsitikimų būta daugiau. Stebėti keli pantokajinui, atropinui jautrumo atsitikimai ir vienas — jodui. Patepus vienam ligoniui šlaunį su t-ra jodi 5%, rytojaus dieną atsirado odos paraudimas, patinimas, spuogelių, pūslelių. Atropino ir pantokajino lašai buvo lašinami į konjunktivos maišą. Vienam iš ligonių atropino lašai ilgą laiką nekenkė, tik vėliau pasireiškė jautrumas, kitiems įlašinus minėtų vaistų iš karto atsirasdavo didelė ir atkakli vokų bei veido ekzema; akys teip užtindavo, kad kartais ir gydytojui būdavo sunku jos pramerkti. Daugumai šitų atsitikimų jautrumas vaistams buvo patikrintas ir suprakutanišku būdu.

Alergijai susekti yra šie būdai: a) skiepymai odoje (intrakutaniniai suprakutaniniai); b) gleivinių reakcijos (nosies, konjunktivos); c) serologiški tyrimai (Prausnitz-Küstner, komplemento surišimo reakcija); d) mikroskopiškas tyrimas (eozinofilų ieškojimas).

Alerginių susirgimų terapija turi būti priežastinė ir symptominė.

Diskusijos. J. Prialgauskas (Šiauliai): Papasakojo vieną alergijos atsitikimą su oedema conjunctivae bulbi, vokų, veido ir šlaunų ekzema. Iš anamnezės sužinota, kad teip atsitinka ligoniui jau ne pirmą kartą, sušilus ar mėsos užvalgius.

M. Steiblys (Klaipėda): Prisimena vieną klinikos atsitikimą su jautrumu pantokajinui.

Prof. P. Avižonis: Pastaruoju laiku mūsų klinikoje ėmė dažnėti susirgimai, kilę iš ypatingo audinių jautrumo medikamentams (novocain, pantocain, atropin) ir kosmetinėms medžiagoms, vartojamoms blakstienoms ir antakiams dažytis. Jautrumas medikamentams mūsų stebėjimais visų dažniausiai atsiranda po ilgo tolerancijos perijodo, ypačiai kurį laiką buvus nustojus juos vartoti; o reakcija į kosmetines medžiagas visų dažniausiai atsitinka pirmąjį kartą pabandžius „pasigražinti", pavyzdžiui atvykus kuriai miestelėnei į sostinę ir panorus susilyginti prašmatnumu su miestietėmis. Tuojau po tokio kosmetinio seanso prasideda sunkus ūminis konjunktivitas su smarkia vokų oedema ir vokų odos dermatitis, ir su ragenos paviršiaus uždegimu (keratitis punctata superficialis), kartu esti labai sunkūs iritacijos reiškiniai (photophobia, epiphora, injectio, dolores).

J. Nemeikša (Kaunas): Žino ligonę, kuriai antrą kartą dažant antakius alergijos nebuvo. Gal buvo naudota kita dažų rūšis?

3. P. Kazlauskas: **Kauno pradžios mokyklų mokinių akių sveikatos tyrimo duomenys.**

Autorius praneša, kad 1935 metų pavasarį tyręs Kauno pradžios mokyklų mokinių defektingo matymo priežastis. Buvo tirta ne tik mokinių akių sveikata, bet ir mokyklų hygijenos būtis ir buvo stengiamasi išaiškinti mokinių gyvenimo sąlygos namuose. Buvo pagaminti dviejų rūšių anketos lapeliai. Pirmoji lapelių rūšis turėjo išaiškinti mokyklų hygijenos būtį. Į ten pastatytus klausymus atsakė klasių vedėjai. Antroji lapelių rūšis turėjo išaiškinti mokinių gyvenimo sąlygas namuose. Į ten pastatytus klausymus atsakė patys mokiniai tėvų ar globėjų padedami. Kadangi tyrimai buvo atliekami pačiose mokyklose, tad autorius turėjo progos dar pats vietoje viską pamatyti ir ką ypatingo radęs sau pasižymėti. Antrųjų lapelių žinioms dar buvo proga patikrinti besikalbant su mokiniais. Darbą dirbti padėjo medicinos fakulteto augštesniųjų kursų studentai.

Dėl susidėjusių aplinkybių tesuskubta ištirti truputis daugiau kaip trečdalis Kauno miesto su priemiesčiais pradžios mokyklų mokinių, būtent 3.286 mokiniai.

Kaikurių mokinių gyvenimo sąlygos yra sunkios. Nusiskundžia neturį sočiai pavalgyti 10,6% mokinių, vadinasi, kas dešimtas vaikas nedavalgęs. Gyvena bloguose drėgnuose, tamsiuose butuose 19,9%, vadinasi, kas penktas. Lovose guli po vieną 48,4%, po du 48,1%, po tris 3,82, po keturis 1%, penkiese 0,12%. Pasitaiko, kad dvi šeimos su mažais vaikais gyvena viename kambaryje. Prausiasi visa šeima iš vieno indo 82,7%; šluostosi visi vienu rankšluosčiu 69,6%.

Iš susirgimų labiausiai įdomauja trachoma. Trachomotųjų mokinių rasta 1,95% (lenkų 2,9%, liet. 2,2%, rusų 1,8%, žydų 1,6%). Pažymetina, kad gyd. J. Prialgauskas 1924 metais, ištyręs akis 3.728 Kauno pradžios mokyklų mokinių, rado trachomotų net 11%. 1926 metais prof. P. Avižonis, ištyręs 4.790 Kauno vidurinių ir augštesniųjų mokyklų mokinių, trachomą rado 3,19%. Gydytojai M. Korganovaitė ir L. Epšteinas, ištyrę 1931 metų rudenį 5.586 Kauno pradžios mokyklų mokinius, trachomą rado 1,5% (gyd. Korganovaitė pas 2.680 mok. rado 1,1% trach., gyd. Epšteinas pas 2.906 rado 1,9% trach.). Matyti, Kauno miesto pradžios mokyklų mokinių tarpe trachoma sparčiai mažėja.

Nenormalų matymą turi 28% mokinių (24% bern. ir 32% merg.). Mažesnį matymą kaip 0,5 turi 11,2% mokinių. Sumažėjusio matymo priežastimi 3% buvo akies tarpų drumstumai, o 97% — ametropija. Nesikoregavo ligi normalaus matymo 28,5% visų defektingų arba 14% visų

mokinių. Tesikoreguoja mažiau kaip 0,5 normalaus matymo 2,9% visų mokinių. Priežastys — dažniausiai didelės refrakcijos anomalijos.

Myopų rasta: I skyriuje 3,6% visų mokinių, II skyr. 6,5%, III skyr. 6% ir IV skyr. 8,2%.

Išvados: 1) Maždaug trečdalis Kauno pradžios mokyklų mokinių yra ametropai. Kas dešimtas vaikas turi matymą mažesnį kaip 0,5. Tad prieš pradedant lankyti mokyklą, reikėtų ištirti kiekvieno vaiko refrakcija ir prireikus paskirti akiniai.

2) Visų mokinių 2,9% ir su stiklais regėjimo aštrumas yra mažesnis kaip 0,5, tad reikėtų kitų kraštų pavyzdžiu ir Kaune įsteigti mažaregių mokykla.

Diskusijos. J. Prialgauskas (Šiauliai): Gera būtų ne vien Kaune, bet ir visoje Lietuvoje steigti mažaregių mokyklos.

J. Marcinkus (Kaunas): Kuo paaiškinti teip greitas trachomos sumažėjimas Kauno pradžios mokyklose, būtent, nuo 11% (J. Prialgausko duomenys 1924 metais) ligi 1,95% (P. Kazlausko 1935 metų tyrimo duomenys)?

M. Korganovaitė (Kaunas): Mano 1931 metų tyrimų duomenimis trachomos rasta maždaug tiek pat kiek ir pranešėjo.

J. Nemeikša (Kaunas): Sunkus būtų darbas suregistruoti provincijų silpnaregiai.

M. Steiblys (Klaipėda): Reikia populiarinti ši mintis, nes kaime bijosi akinių: mano, kad pripras akys, kurios ims silpnėti ir t. t.

Prof. P. Avižonis (Kaunas): D-ro Kazlausko buvo užsimotas sunkus darbas, tik labai gaila, kad dėl susidėjusių aplinkybių jis nebuvo iki galo baigtas. Tačiau ir iš tos medžiagos, kuri jau sudorota, galima daryti svarbių išvadų. Visų pirma paaiškėjo smarkus Kauno pradžios mokyklų trachomotų mokinių skaičiaus sumažėjimas, palyginti su būtimi prieš kokią dešimtį metų. Šitokiam trachomos retėjimui Kaune didelių nuopelnų turi esamosios mieste okulistinės įstaigos, kaip štai: akių klinika, Kauno miesto savivaldybės ambulatorija, žydų „Oze“ ir Kauno miesto ligonių kasos ambulatorijos. Ne veltui jų dirbta.

Antras dalykas, didelis procentas vaikų su defektingu regėjimu, sunkinančiu ir jų, kaip mokinių, ir mokytojų darbą. Aišku, jog teks akinti Kauno miesto savivaldybė, kad steigtų specijalių pradžios mokyklų silpnaregiams. Tik kandidatais tokiai mokyklai reikėtų laikyti vaikai, kurių regėjimo aštrumas yra mažesnis kaip 0,3 normalaus regėjimo. D-ro Kazlausko paimtoji riba 0,5 yra kiek peraugšta. Silpnaregių vaikų rastųsi nemaža ir visoje Lietuvoje, tačiau gera būtų, kad specijalinė mokykla pradžiai bent Kaune būtų įsteigta. Pastaruoju laiku visame kultūringajame pasaulyje imta rūpintis silpnaregių vaikų likimu. Tarptautinė organizacija kovai su aklumu iš savo pusės varo propagandą specijalinių silpnaregiams mokyklų steigimo reikalu. Jų jau kaikur ir yra, bet kol kas tik kurnekur didžiuosiuose miestuose.

P. Kazlauskas: (Marcinkui). Aš sutinku visiškai su gerb. prof. P. Avižonio paaiškinimu. Tikiuosi jis ir kolegą patenkino. — (Prialgauskui). Silpnaregis provincijos vaikas tiek pat kenčia, kiek ir miestietis, tad idealu būtų turėti silpnaregių mokyklos visame krašte. Reikėtų pradėti nuo Kauno. — (Prof. Avižoniui). Žemutine matymo riba kandidatams į silpnaregių mokyklas priimta laikyti 0,05 normalaus matymo geresniosios akies, kai kur net 0,02 esant normaliam akilaukiui. Viršutinė matymo riba Europoje 0,25 normalaus matymo geresniosios akies, Amerikoje net ligi 0,5 norm. mat. Augštesnė viršutinė riba taikoma tais atvejais, kai norima apsaugoti likęs matymas, jei sukoreguota yra stipriais, sunkiai pakenčiamais akiniais ir jei vaikas yra kiek bukaprotis. Aš pats nieko nesiūlau. Čia turės pasisakyti Liet. akių gydytojų draugijos valdyba.

4. J. Marcinkus: **Ryškiosios trachomos dažnumas naujokų tarpe ir jos geografinis išsiplatinimas.**

Su ryškiąja trachoma naujokai į kariuomenę neimami. Per neapsižiūrėjimą paimti vistiek vėliau atleidžiami.

1926—1932 metais dėl trachomos netinkami karo tarnybai buvo rasti 4 pro mille naujokai.

Rusų duomenimis prieš 20 metų buvusioje Kauno gubernijoje dėl trachomos netinkamų karo tarnybai buvo rasta 5 pro mille naujokai. Tad per 20 metų trachomos dažnumas naujokų tarpe vos 20% tėra sumažėjęs.

Kalbamoji ryškioji trachoma ne visur vienodai paplitusi. Daugiausia jos randama rytų ir pietų Lietuvos apskrityse (Utenos, Zarasų, Šeinų): 7—10 pro mille naujokai. Žemaitijos apskričiai užima vidurį. Mažiausia randama Biržų, Mažeikių ir Kauno apskrityse. Suvalkiečių naujokų tarpe trachomos nedaug — mažiau kaip kauniečių, būtent, 3,8 pro mille. Kauniečių tarpe 4,1 pro mille.

Dėl trachomos išsiplatinimo kenčia krašto apsigynimo jiegos, nes kasmet nustojama kelių dešimčių visais kitais atžvilgiais tinkamų karo tarnybai vyrų.

Norint tų nuostolių išvengti, reikia organizuotai kovoti su trachoma visame krašte.

Diskusijos. Volbergas (Marijampolė): Ar į šitą statistiką įeina gydomi kariuomenėje trachomotieji?

Prof. P. Avižonis (Kaunas): D-ro Marcinkaus kruopštus statistikos darbas turi didelės reikšmės geografiniam trachomos išsiplatinimui Lietuvoje nustatyti. Patiektieji statistikos duomenys svarbūs ypačiai tuo, kad jiems medžiaga surinkta iš visos Lietuvos pagal vienodą principą.

Kadangi skaičiai apima tiktai ryškiosios trachomos atsitikimus, būtent, tiktai atleistinus iš kariuomenės, kadangi, be ju, yra dar lengvąją trachomą turinčių ir iš kariuomenės neatleidžiamų, kadangi, be to, neabejojamai pasitaiko naujokų amžiaus asmenims išgijusi trachoma, tai patiektieji skaičiai nevisai dera išvadoms apie absoliutų trachomos dažnumą. Vis dėlto tie skaičiai yra geri susidaryti apytikriai nuomonei apie tai, kur Lietuvoje trachomos pasitaiko dažniau ir kur rečiau.

Labai įdomu buvo išgirsti iš d-ro Marcinkaus, jog karo vadovybė esanti susirūpinusi nemažu karo tarnybai netinkamų dėl trachomos naujokų skaičiumi ir ketinanti atkreipti kitų žinybų dėmesį į būtiną reikalą imtis priemonių kovai su trachoma. Netenka abejoti, jog vadovybės balsas bus greičiau išgirstas negu seniai keliamas akių gydytojų balsas. Ir Prūsuose, tik karo žinybai pakėlus panašiu reikalu triukšmą, buvo sušaukta 1896 m. Berlyne tarpžinybinė konferencija aptarti priemonėms kovai su trachoma. Buvo pasiųsta į Rytprūsius gydytojų komisija, prof. Hischberg'o vadovaujama, kuri rado kaikuriose pradžios mokyklose iki 47% sergančių trachoma. Keliais metais vėliau paties Karaliaučiaus miesto pradinėse mokyklose buvo rasta 31,7% trachomotų („Granulosekrank") vaikų. Remiantis sakytosios komisijos pranešimu, buvo išleistas Vokietijoje įstatymas kovai su trachoma, ir šiandien, nors trachoma Rytprūsiuose labai praretėjo, vis dėlto kovos priemonės dar nepamestos. Pabrėžtina, kad Lietuva šiuo metu yra apsupta valstybių, planingai kovojančių su trachoma. Ypačiai plačiai užsimota ir vykdoma Lenkijoje, kartu ir mūsų Vilniaus krašte. O Lietuvoje buvo pradėta steigti specijalinės trachomai ambulatorijos, bet prieš keletą metų jos visos likviduotos, ir tenai, kur jų būta, dabar tuščia. Reikia linkėti, kad mūsų karo žinybai pasisektų pažadinti iš apsnūdymo tos mūsų žinybos, kurių pareiga būtų rūpintis gyventojų sveikatingumu.

J. Marcinkus (Volbergui). Kariuomenėje gydomi trachomotieji į šitą statistiką neįeina.

5. V. Avižonis: **Apie intrakapsulinę kataraktos operaciją V. D. U. Akių klinikos duomenimis.**

Intrakapsulinė kataraktos ekstrakcija dabar yra pripažinta geriausia kataraktos operacija. Lęšis ištraukiamas kartu su visa kapsule. Tuo išvengiama antrinių kataraktų ir su tuo susijusių pakartotinių intervencijų. Re-

gėjimo aštrumas gaunamas geresnis negu operuojant ekstrakapsuliškai. Kadangi nelieka masių, tai pooperaciniame perijode būna mažesnis rainelės ir cilijakūnio jaudinimas. Intrakapsuliniu būdu galima operuoti nepribrendusios kataraktos, teippat, kiek leidžia aplinkybės, ir komplikuotos.

Svarbiausias minusas, tai technikos sunkumas — reikalingas didelis įgudimas ir šaltas kraujas. Šituo būdu operuojant yra didesnis pavojus stiklakūniui iškristi, pasidaro kartais vyzdžio dislokacija, įstringa žaizdoje rainelė, kartais atsikloja retina, ypač myopams. Neprotingų ir neramių ligonių bei vaikų šituo būdu operuoti negalima. Nepaisant suminėtų minusų, kurių įvairiais galima išvengti, intrakapsulinis būdas pripažįstamas geriausiu ir visur jo prisilaikoma.

V. D. U. Akių klinikoje prof. P. Avižonis principinai visas senilines kataraktas operuoja intrakapsuliniu būdu, jei tik nėra kurių-nors kontraindikacijų.

1934—1935 metais Akių klinikoje padaryta iš viso 154 senilinių kataraktų operacijų. Iš jų 24 padarė asistentai ekstrakapsuliniu būdu. Iš likusiųjų 130 kataraktų 45 buvo padarytos intrakapsuliniu būdu (34,6%), 44 buvo bandyta tuo būdu daryti, bet dėl įvairių priežasčių baigtos ekstrakapsuliniu būdu (33,8%). Kaip operuotos likusios 41 katarakta, nepasakyta. Iš 45 intrakapsulinių ekstrakcijų 24 padarytos iš karto (+), 10 — kapsulė ištraukta atskirai ir 11 — nepažymėta kaip.

Antros savaitės pabaigoje, tiriant regėjimo aštrumą, buvo: 1934 metais nuo 0,5 iki 1,0—11,1% atsitikimų ir 72,2% nuo 0,5 iki 1,0; 1935 metais regėjimo aštrumas nuo 0,5 iki 1,0 buvo 48,1% ir mažiau kaip 0,5—48,2% atsitikimų. Tik 26,6% operuotųjų sugrįžo kartotiniam tyrimui po 2—4 mėnesių ir iš jų 75 % regėjimo aštrumas buvo dar žymiai pagerėjęs.

Todėl paduotieji regėjimo aštrumo duomens nėra visiškai tikslūs, nes tiriant ligonį tik 2 savaites po operacijos, gaunamas regėjimo aštrumas yra daug žemesnis už gautą vėliau tiriant.

Komplikacijų intrakapsulinės operacijos metu būta: 2 prolapsus corporis vitrei (4,42), 1 — subluxatio lentis in corpus vitreum, 4 collapsus corneae. Visos baigėsi laimingai. Pooperaciniame perijode buvo hyphaema 15 (33,3%), haemophthalmus 2 kartu, įstrigusi rainelė į žaizdą 1 k., ektatiškas randas — 1 k., ablatio chorioideae 1 k., hernia corporis vitrei in cameram anter. 3 k. ir 11 k. stiklakūnio sudrumstėjimas, matomas plyšine lempa.

Diskusijos. Bridžius (Panevėžys): Reikalingas yra didelis patyrimas operuoti intrakapsuliniu būdu. Vienos klinikoje man teko būti liūdininku fakto, kad, grįžus vienam asistentui iš atostogų, nesisekė operuoti kataraktos intrakapsuliniu būdu, mat rankos atpratusios.

Prof. P. Avižonis: Dėl intrakapsulinės kataraktos operacijos nekiek seniai oftalmologų suvažiavime Heidelberge žymių klinicistų buvo pasisakyta neigiamai. Bet juo tolyn, juo labyn plinta jos vartojimas. 1935 metų ofalmologų kongresui Paryžiuje buvo parengtas specijalus St. Martin'o referatas — ištisa monografija, kuris buvo sukėlęs gyvų diskusijų. Man su sūnumi buvo tekę matyti Barcelonoje pats Barraquer operuojant jo savotišku būdu — elektriniu siurbliu, paskiau Paryžiaus ligoninėse įvairių pincetinės ekstrakcijos modifikacijų. Vartojant orbikuliarinio raumens akineziją, viršutiniojo tiesiojo raumens pavadį ir retrobulbarinę anėsteziją, intrakapsulinė kataraktos operacija pasidarė palyginti nesunki ir nebepavojinga, ir mūsų klinikoje ji jau pora metų vartojama. Vis dėlto ji yra pavojingesnė negu ekstrakapsulinė ir reikalauja ypatingo dėmesio. Bet pasisekusi ji duoda kurkas geresnių vaisių negu ekstrakapsulinė ekstrakcija. Ji gera dar tuo, kad nebereikia laukti visiško kataraktos subrendimo, ir šituo atžvilgiu teikia didelio patogumo ligoniams.

6. Prof. P. Avižonis: **Ophthalmomyiasis.**

1935 m. vasario 8 d. į Akių kliniką buvo paguldytas 9 metų berniukas, ūkininko sūnus. Jam buvo palengva išplytėjęs kairiosios akies sun-

kus pūlingas iridocyklitas su gausia eksudacija stiklakūnyje. Po 4 dienų, iritacijos reiškiniams kiek atslūgus ir priekinės kameros vandeniui praskaidrėjus, pasirodė apatiniame kameros kampe balsva kirmėlaitė, segmentuota, su aiškia trachėjų systema. Kai ligonis ilgeliau pagulėdavo ant šono arba kniūpščias, kirmėlaitė pakildavo iš kameros kampo ir atsistodavo priekinėje kameroje įstrižai, o paskui vėl grįždavo į apatinį kampą. Atrodė, kad šie jos lokomotoriniai judesiai yra pasyvūs. Savaimingų judesių nebuvo žymu. Konsultuotieji zoologai prof. Ivanauskas ir Šivickas pripažino, kad kirmėlaitė esanti neabejojamai dipterų larvė, tik negalėjo pasakyti, kurios būtent musių rūšies; jų nuomone, galėtų būti Hypoderma bovis larvė. Po kelių dienų, naktį prieš paskirtą operaciją, staiga ėmė gelti akį ir pašauktasis budįs klinikoje gydytojas konstatavo paaštrėjusį iridocyklitą su ūminės glaukomos priepuoliu, o parazitas buvo dingęs iš kameros. Jis ir paskiau nebepasirodė. Laukan iš akies, pro sklerą, jis tikrai neprasigraužė, nes tuomet būtų buvusi ne hypertonija, o veikiau hypotonija. Tad jis galėjo dingti tiktai persikėlęs į užpakalinę akies obuolio pusę. Ar jis prasigraužė pro rainelės šaknį užpakalyje limbus'o, ar išlindo pro vyzdį, nepavyko išaiškinti. Iš viso ko tenka manyti, kad jis ne pasyviai, o savo jiegomis emigravo iš priekinės kameros ir, pataikęs į ciliakūnį, sukėlė staigų iridocyklito pablogėjimą su hypertonija. Ligoniui pasirodžius po 2 mėnesių, iridocyklitas dar nebuvo nutilęs ir buvo prasidėjusi darytis atrophia bulbi.

Autoriaus patiektais pasaulinės literatūros duomenimis tatai yra dvidešimt antrasis aprašytas ophthalmomyiasis interna anterior ir tryliktasis ophthalmomyiasis interna posterior atsitikimas. Jam visų geriausiai pritiktų vardas ophthalmomyiasis interna migrans.

Padaręs trumpą oftalmomyazės literatūros apžvalgą, autorius aprašo dar vieną jo stebėtą sekundarinės oftalmomyazės atsitikimą karcinomos išėstoje orbitoje.

1926 m. liepos 30 dieną atvyko į akių polikliniką apie 70 metų amžiaus kaimietis su išsiplėtusia kairiosios orbitos karcinoma. Akies obuolio nebebuvo; cavum orbitae buvo susiliejęs iš vieno su sinus maxillaris. Vietomis buvo prakiuręs ir tarpsienis į cavum nasi. Ligonis buvo pasiųstas į Chirurginę kliniką rentgeno terapijai. Po savaitės jis, kažinkur buvęs, sugrįžo į akių polikliniką. Iš tolo buvo iš jo nemalonus kvapas. Nuėmus nuo akies tvartį, rastas pasibaisėtinas vaizdas: orbitos duobėje ir žandikaulio urve, kaip kokioje kloakoje, knibždėjo daugybė baltų kirmėlyčių. Jų buvo ir nosies vidus pilnas; kitos jų kabėjo pusiau išlindusios laukan iš nosies pro šnerves, o vėl kitos raitėsi per skruostą ir krito žemėn. Per vieną seansą jų visų pašalinti buvo neįmanoma; todėl visa duobė užtamponuota jodoformine marle. Antrą dieną duobė buvo pilna pūlių ir tik jos užkampiuose ir nosyje dar buvo nepatižusių kirmėlių. Po kelių dienų ligonis pasimirė.

7. M. Steiblys: **Įspūdžiai iš Vienos ir Prahos Akių klinikų.** Autorius, komandiruotas V. D. U., aplankė 1935 m. vasarą Vienos ir Prahos klinikas susipažinti su kaikuriomis jų gydymo metodėmis. Vienoje teko lankyti Meller'io ir Lindner'io klinikas.

Meller'io klinikoje teko susipažinti su tuberkulozinių akių susirgimų gydymu subkutaninėmis tebeprotino injekcijomis. Gydymas tęsiamas nuo $^1/_2$ iki 3 metų. Pavyksta pagydyti kitoms metodėms nepasiduodą tuberkuloziniai akių susirgimai. Ablatio retinae gydoma dijatermija + elektrolyze. Elektrolyzės tikslas dvejopas: vienas dijagnostinis, nustatyti retinos plyšiui, iš pasidariusios elektrolyzės metu dujų pūslelės, ir antras gydymo, nes gavęsis randas pritraukia retiną. Gydymo rezultatai gaunami geri. Cataracta senilis bandoma sustabdyti vitaminu C, duodant per os. Ragenos susirgimuose plačiai vartojamas vitamino A tepalas (vogan 20). Glaukomoje iš bendros terapijos plačiai vartojamas hormonas menformonas, teippat ir tabetinei atrofijai gydyti.

Lindner'io klinikoje strabismo atveju, vietoje raumens antepozicijos, plačiai vartojamas jo sutrumpinimas, būtent, atseparavus raumenį išskaidoma sausgyslė į 4 pluoštus ir persiuvus ketgutu suveržiama pagal reikalą. Ablacijos retinos atveju plyšio jieškoma teippat operacijos metu. Operatorius oftalmoskopuoja, o asistentas su zondu jieško plyšio. Radę pažymi kuriuo-nors dažu.

Prahoje aplankė čekų ir vokiečių klinikas. Čekų klinika sėkmingai, vartoja Comberg'o metodę intraokuliariams krislams nustatyti. Anėstezijai labai plačiai vartoja kokajiną. Prahos vokiečių klinikoje vartojama ragenos tatuiravimui platina, kuri turi pirmenybę prieš auksą, kad visados nudažo rageną juodai, bet ne rudai kaip kartais auksas.

Visur autorius buvęs mielai sutiktas.

8. J. Marcinkus: **Lietuvos aklųjų apžiūrėjimo reikalu.**

Lietuvos akliesiems globoti draugija, nesulaukdama žadėtojo visuotinio gyventojų surašymo; ryžosi dar šiais metais organizuoti visame krašte specijalų aklųjų surašymą.

Aklųjų registracijos planas sudarytas pasinaudojant mūsų ir kitų kraštų šitoje srityje patyrimais. Pagaminta akliesiems registruoti kortelė, aprobuota ir pirmojo akių gydytojų suvažiavimo.

Surašymo rezultatai paaiškės už mėnesio vieno ar kito. Reikalinga būtų pagal prieš 2 metus padarytą nutarimą patikrinti visiems akliesiems akys apakimo priežasčiai išaiškinti ir kuriems jų reikalinga okulistinė pagelba.

Apskrityse, kur praktikuoja akių gydytojai, aklieji, reikia tikėtis, tų kolegų ir bus apžiūrimi. Apskrityse arčiau centro galėtų būti kauniškių okulistų apžiūrėti. Kiek sunkiau bus su krašto periferija.

Darbas žymiai palengvėtų, jei savivaldybės sugebėtų akluosius į apskričių miestus atgabenti. Tačiau maža viitie̊s. Greičiausiai okulistams teks ir pavieni valsčiai lankyti, teks daug laiko sugaišti, nesitikint už tai jokių kompensacijų gauti. L. aklies. globoti d-ja gal tik pajiegtų kelionės ir pragyvenimo išlaidas grąžinti. Tad tektų ir pasiaukoti.

Diskusijos. Prof. P. Avižonis (Kaunas): Lietuvos akių gydytojų draugijos nariai, be abejojimo, kiek galėdami padės surašytųjų akis tirti jų apakimo priežastims išaiškinti.

II Ligonių demonstracijos.

1. Prof. P. Avižonis: a) **Angiomatosis retinae atsitikimas.** Ch. Br., 23 metų amžiaus, ta pati, kuri 1932 m. buvo demonstruota III-me Pabaltijo oftalmologų suvažiavime (žiūr. „Medicina" 1932, 11 nr. 737 p.). Tuokart jos kairioji akis buvo akla, apakusi prieš 2 metus (cataracta complicata), o dešiniosios akies tinklainėje buvo 2 hemangijomų židiniai ir pačioje periferijoje buvo priaugę balsvų ir pilkų masių, kaip retinitis proliferans. Tos akies regėjimo aštrumas buvo dar 0,6—0,7. Palengva liga plytėjo, daugėjo retinoje angijomų, tarpais tarp jų ėmė rastis balsvų dėmelių, kurios ties macula lutea buvo susitvarkiusios žvaigždės pavidalu. Tų dėmelių vis gausėjo, jos ėmė lietis į krūvą, ir akies dugno paviršius pasidarė kauburiuotas, koks esti sunkiame eksudaciniame retinite. Tarpais dugnas buvo hemoragijų išmargintas. Prieš metus visame akies dugne eksudacinio retinito židiniai jau atrodė kaip kalnai, atsikišę stiklakūnio linkui, su daugybe apskritų raudonų vietų ir su išsiplėtusiomis ir be galo vingiuotomis kraujagyslėmis; regėjimo buvo belikęs kvantitatyvinis šviesos jutimas. Šiandien matyti vyzdžio kraštas vietomis sukibęs su lęšiuko kapsule, patsai lęšiukas pradėjęs drumstėti. Oftalmoskopo šviesoje matyti atsikišusių iki priešakinės stiklakūnio srities gelsvai baltų vaskuliarizuotų masių — pseudoglijomos vaizdas. Ligonė skundžiasi pastoviais galvos skausmais, jaučiasi silpna, mažai bevaikščioja. Visas ligos plytejimas būdingas Hippel-Lindau'o ligai. Ji atsitinka vaikams ir jauniems, kartais keliems vienos šeimos nariams, taigi, turi paveldimų

savumų. Tokie ligoniai paprastai po kurio laiko miršta dėl tumor cerebri; autopsijoje randama smegenėliuose ir kituose organuose cystų, išplytėjusių iš hemangijomų. Tatai atsitinka ne iš metastazinės disseminacijos, o iš daugubų užuomazgų. Tuo būdu šitos ligos prognozė rimta ne vien quo ad visum, bet ir quo ad vitam. Terapija bejiegė. — Iš anamnezės sužinota, kad ligonės vienas brolis teippat sirgęs kažinkuria liga, iš kurios buvęs apakęs; jam buvus kelis kartus daryta Karaliaučiuje galvos operacija, ir pasimiręs. Gal būt ir jam buvo morbus Hippel-Lindau. Be to, ligonės tetai, motinos seseriai, yra retinitis pigmentosa, kuri, kaip žinoma, išplėtrėja iš prigimtinio paveldimo polinkio.

b) **Retinitis pigmentosa atsitikimas,** įdomus tuo, kad tai yra augščiau aprašytos ligonės su angiomotosis retinae teta.

c) **Xanthelasma palpebrarum atsitikimas,** gydytas prieš mėnesį su acidum trichloraceticum. Kauterizuota tik vieną kartą. Šiandien beliko vos pastebimi odos randeliai.

2. V. Avižonis: a) **Sėkmingai prieš $2^1/_2$ metų operuotos ablatio retinae su ruptura retinae atsitikimas.** 1933 m. kovo mėn. ligonė R., 30 metų amžiaus, atvyko į akių kliniką su gerosios akies (antros—cataracta complicata) ablatio retinae plana et ruptura retinae. Regėjimo aštrumas su stiklais buvo = 0,08; refrakcija—myopia 17 D; akilaukyje susiaurėjimas per 20^0—30^0 augštai ir žemai. Tensio = 17 mm. Hg. Dugne augštai ir žemai ablatio retinae plana, žemai dar ruptura retinae. Operuota daugybine skleros elektrokoaguliacija buožikėmis (srovė = 70—75 mil. amperų) ir keliomis perforuojamomis koaguliacijomis adačiuke (srovė 40—45 m. a.) žemai. Po $1^1/_2$ mėnesio paleista iš klinikos su dideliu stiklakūnio susidrumstimu ir regėjimo aštrumu — 0,02; akilaukis buvo dar kiek susiaurėjęs. Po 1 metų operuotosios akies visus buvo — 0,1 (su stiklais), stiklakūnyje nedaug drumzlių. Dabar po $2^1/_2$ metų visus = 0,09 (su stiklais), stiklakūnyje dar yra drumzlių, dugno periferijoje dirbtinio chorijoretinito židiniai, retina prisiglaudusi.

b) **Ligonis B. po intrakapsulinės lęšio ekstrakcijos** su sveika hyaloidea, demonstruojamas plyšine lempa. Dėka pakrikusiems pigmento grūdeliams matyti priekinės kameros terminė vandens cirkuliacija.

3. O. Juškevičiūtė: a) Lig. R., sėkmingai pagydytą **ablatio. retinae** atsitikimą dijatermokoaguliacijos būdu. Retina visur prisiglaudusi. Dugno periferijose matyti dirbtinio chorijoretinito lizdai.

b) Lig. M., su įtariamu **tumor chorioideae** ar **haemorrhagia subretinalis** od.

4. L. Grinevičiūtė: a) Lig. B., su **tumor chorioideae** os.

b) Lig. T., su **ablatio retinae** os.

5. J. Nemeikša: Lig. V., **pseudoglioma** os. — tai abscessus corporis vitrei, susidaręs po perforuojamos traumos.

III Mikroskopiniai preparatai.

1. V. Avižonis: a) **Tbc. sacci lacrimalis** (vienos pusės) 9 metų mergaitės su tos pusės dacryocystitis chronica. Provincijoje dėl ašarojimo buvo zonduojama. Klinikoje ištyrus rasta tos pačios pusės nosies tbc. ir šviežių židinių plaučiuose.

b) **Melanoma malignum corporis ciliaris.** Navikas buvo prasikišęs iš užpakalinės kameros į vyzdžio pakraštį. Akispūdžio pakilimo dar nebuvo. Regėjimo aštrumas buvo lygus 0,03—0,04.

IV. Trečiojo Lietuvos akių gydytojų draugijos suvažiavimo, buvusio 1935.XII.8 d. Akių klinikoje, organizacinio posėdžio protokolas.

Posėdyje dalyvauja 14 draugijos narių.

Pirmininkauja prof. P. Avižonis, sekretoriauja gyd. P. Kazlauskas.

Darbų tvarka ši:

1) Naujų narių priėmimas.
2) Valdybos ir revizijos komisijos pranešimai.
3) Valdybos ir revizijos komisijos rinkimai.
4) Einamieji reikalai.

Draugijos pirmininkas prof. P. Avižonis praneša, kad yra įteikę prašymus įstoti į Liet. akių gydytojų draugiją akių gydytojai: 1) Chaimas Rozenbaumas iš Ukmergės (Rekomenduoja J. Nemeikša ir B. Goldengeimas), 2) Basė Maizleraitė-Naividelienė (Rekom. J. Nemeikša ir B. Goldengeimas) ir 3) Teklė Daugirdienė iš Klaipėdos (Rekom. J. Prialgauskas ir J. Nemeikša).

Balsuoja 11 draugijos narių: 10 už ir 1 susilaiko. Tuo būdu visi trys kandidatai priimami į draugijos narius.

Valdybos veikimo pranešimą daro prof. P. Avižonis. Draugija palaiko ryšius su tarptautinėmis oftalmologijos organizacijomis. Ji yra nariu Tautinių oftalmologijos Draugijų Federacijos. Ji teippat turi ryšių su Tarptautine Organizacija Kovai su Trachoma. Dalyvavo 1934 m. Pabaltijo oftalmologų suvažiavime Rygoje. Teko dalyvauti teippat draugijų, palaikančių santykius su užsieniais, konferencijoje (1935.I.30).

Buvo dirbta aklųjų registracijos lapelio projektą gaminant. Nustatyta laikyti aklu žmogus, kuris abiem akim nemato išskleistų pirštų, rodomų per 1 metrą nuo akių. Teippat rūpintasi ir akmenskaldžių klausymu. Plačiau apie tai praneša gyd. J. Nemeikša. Atitinkamos įstaigos jau susirūpino gyvai šituo reikalu. Buvo deleguotas į Austriją vienas inžinierius specijaliai išstudijuoti šito klausymo. Vėliau buvo suruošti kursai apskričių technikams ir kulturtechnikams. Dabar yra ruošiami akmenų skaldymo kursai ūkininkams. Tuo būdų šitas reikalas yra žymiai pasistūmėjęs pirmyn.

Apie iždo būklę praneša gyd. O. Landsbergienė. Praeitais metais turėta 270 litų pajamų iš narių mokesnio. Išlaidų būta 46,31 litų. Kasoje yra 459,94 litų.

Revizijos komisijos pranešimą daro gyd. J. Nemeikša. Knygos ir pateisinamieji dokumentai rasti tvarkoje.

Draugijos pirmininku ir vėl išrenkamas prof. P. Avižonis 13 balsų iš 14 balsavusiųjų. Tad draugijos valdybą sudaro: prof. P. Avižonis — pirm., gyd. J. Marcinkus, — vicepirm., gyd. O. Landsbergienė — kasininkė, gyd. P. Kazlauskas — sekretorius, ir gyd. J. Nemeikša — kandidatas.

Revizijos komisija paliekama ta pati: J. Prialgauskas ir Buivydaitė.

Einamuose reikaluose nutarta dalyvauti Krašto Gynimo Pajiegoms Remti Organizacijoje. Atstovu išrinktas gyd. J. Nemeikša.

Pirmininkas *d-ras P. Avižonis,*
Sekretorius *gyd. P. Kazlauskas.*

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

4. Prof. L. Braun: **Essentielle Hypertonie und Niere.** (Esencijalinė hypertonija ir inkstai). („Wien. klin. Wschrft." 1935 m. 38 nr.).

Ar inkstų pakitimai esencijalinės hypertonijos atveju yra pirminiai, turį ligai svarbią įtaką, ar jie yra antriniai reiškiniai, kaip kad didelio spaudimo padarinys? Kurios reikšmės, apskritai, turi inkstai hypertonijos atveju?

Prof. Braun prieina šias išvadas:

1. Sekretiškas inkstų veikimas esąs kraujoslėgio funkcija. Tarp šlapimų išskyrimo ir kraujoslėgio esąs refleksiškas santykis. Kraujoslėgis pakyląs, kai kraujo tekėjimas inkstuose yra pasunkėjęs.

2. Autorius eksperimentais įrodęs, kad dirbtinai sukelta hypertonija pranykstanti, pašalinus inkstų nervus.

3. Pirminiu akstinu kraujo indams susitraukti galįs būti centrinės kilmės jaudinimas. Hormoninis, toksinis, nervinis jaudinimas sukeliąs per vazomotorinį centrinį aparatą kraujo indų susitraukimą. Inkstai minėtuoju būdu tuojau refleksiškai sukelią kraujoslėgio padidėjimą.

4. Todėl visų hypertonijos rūšių atvejais randamas inkstų funkciškas sutrikimas (koncentracijos, praskiedimo ir t. t. prasme).

Dr. L. Goldšteinas.

5. Prof. Julius Bauer (Viena): **Ueber arteriellen Hochdruck.** (Apie arterinę hypertoniją) („Die aerztl. Pr." 1935 m. 8 nr.).

Autorius arterinę hypertoniją pagal Volhard'ą skirsto į šias dvi rūšis:

1. Raudonoii hypertonija. Symptomai: vazomotorinis jautrumas, pletorinė išvaizda. Jokių inkstų funkcijos sutrikimų. Patogenezė: paveldėta konstitucija. Spazmiškai hypertoniškas arterijėlių susiaurėjimas. Gydymas: kraujo indų prie spazmų palinkimo pašalinimas. Prognozė gera.

2. Blyškioji hypertonija. Inkstų funkcijos sutrikimas. Pakitusi inkstų parenchyma išskirianti į kraują presorinių substancijų, kurios sukeliančios prėkapiliarų ir kapiliarų spazmus. Gydymas dijetetiškas. Prognozė bloga. *Dr. L. Goldšteinas.*

6. Eggleston Cary: **The treatment of heart failure and angina pectoris by thyreoidectomy.** (Širdies trūkumo ir angina pectoris gydymas visiška thyreoidectomia) („Amer. J. med." 1935, 727, 184, 5 ci. Ref. iš „Zeitschr. f. Kreislff". 1936, 1).

Šitą gydymo būdą prieš 2 metus pirmą kartą pasiūlė Blumgart, Levine ir Berlin. Jie manė, kad, sumažinant tyreoidektomijos pagelba kūno medžiagos apykaitą, žymiai palengvėsiąs širdies veikimas, nes sutrikusi kraujo apytaka negalinti pilnai pildyti kūno reikalavimų; kai šitie reikalavimai sumažėją, tai tada kraujo apytaka lengviau arba pilnai sugebanti atlikti savo uždavinį.

Iki šiol buvę operuota apie 100 ligonių. Buvę išrinkti tiktai sunkiausieji susirgimai su bloga prognoze. Rezultatai: Kaikurie ligoniai pasitaisę; jie galėję savo darbą dirbti kelias valandas per dieną; kitiems cardiaca (kaip kad digitalis) pradėjęs geriau veikti; tretiems operacija nedavusi jokio rezultato arba pagerėjimas buvęs labai trumpas.

Geriausių rezultatų gauta angina pectoris ir asthma cardiale atvejais.

Apie šitos operacijos vertę kol kas nieko negalima esą pasakyti, nes reikią dar palaukti, ar tie rezultatai bus nuolatiniai ar tik pasisekimas bus laikinis. *Dr. L. Goldšteinas.*

7. Ginsberg, Stoland ir Loy, Kausas City: **Effect of intrevenous Injections of Dextrose on the coronary Circulation.** (Intraveniškai įšvirkštos dekstrozės veikimas koronarinių indų apytakai) („Arch. Intern. Med." 1935 m. 42, 55. Ref. iš „Ztschr. f. Kreislff" 1935, 17)

Autoriai ištyrę dekstrozės veikimą narkotizuotam šuniui ir teippat io širdies-plaučių preparatui. Jie radę, kad kartotinė dekstrozės injekcija narkotizuotam šuniui sukelianti koronarinių kraujo indų apytakos pagerėjimą. Širdies-plaučių preparato dekstrozė visiškai neveikianti.

Autoriai manąą, kad cukrus veikiąs kaip hypertoniškas skiedinys ir pritraukiąs į kaujo apytaką vandenį; dėl to ir pagerėjanti kraujo apytaka.

Koronarinių kraujo indų cirkuliacijos sutrikimų atveju dekstrozė esanti geras vaistas. *Dr. L. Goldšteinas.*

VAIKŲ LIGOS.

4. W. Catel (Leipcigas): **Difterija ir kraujoslėgio pakilimas.** (Diphtherie und Blutdrucksteigerung) („Mschr. Kinderheilk." 1936, 64 B., 5—6 H.).

Iš 215 difterija sirgusių vaikų, vyresnių kaip 7-nerių metų amžiaus, 15-kai (= 7%) ilgą laiką, keleris metus, buvęs randamas padidėjęs kraujoslėgis. Šitų vaikų anamnezėje nefrito nebuvę galima rasti. Turint galvoje formulę 80 + 2 x + 20, kraujoslėgis šitame amžiuje pranešąs normalų nuo 10 iki 30%. Padidėjusio kraujoslėgio priežastim laikomas inkstų kraujo apytakos sutrikimas, ir šitos ligos vaizdas žymimas kaip angiopathia renalis diphtherica. Galima prileisti, kad anatomiškai arba funkciškai esą sužaloti glomeruli ir vasa afferentia bei mažesni inkstų indai. Hyperten zijos atsitikimai, esant normaliai inkstų funkcijai, normaliems šlapimams, normaliam akių dugnui ir stingant anamnezėje nefritinių symptomų, neturint nustatyto sąsyjo su difterija, lig šiol buvę laikomi tikra esencijalia hypertonija. Dabar esančios surastos tikrosios šito susirgimo priežastys, ir todėl vengtina vartoti diagnozė — esencijali hypertonija vaikų amžiuje. Vaikų padidėjusį kraujoslėgį sukeliančios šios ligos:

1) vidinės sekrecijos sutrikimai (adipositas — gigantismus Opitz);
2) vegetacinės nervų systemos sutrikimai, k. a.:
   a) Feer'o liga,
   b) psychiškas susijaudinimas ir proto darbas,
   c) kvėpavimas šaltu oru (Faerber);
3) inkstų kraujo cirkuliacijos sutrikimai, k. a.:
   a) glomerulonephritis ir susiraukšlėjęs inkstas,
   b) angiopathia renalis diphtherica (Catel);
4) eksudacinė dijatezė;
5) naujagimių (iš eklamptiškų motinų) hypertenzija (Balard).

Dr. V. Tercijonas.

5. Prof. Šaferštein, ir gydytojai: Tureckaja, Koporovskaja, Rogova, Sonberg, Galperin (Charkovas): **Vienkartinė imunizacija prieš difteriją.** (Одноразовая иммунизация против дифтерии) („Sov. Ped." 1935 m. 11 nr.).

Iš didelio skaičiaus padarytų skiepymų galima esą tvirtinti, kad imunizacija anatoksinu esanti geriausia ir nepavojingiausia priemonė aktyviai imunizacijai prieš difteriją; geriausių rezultatų gaunama tris kartus skiepijant, kai pavykstą beveik 100% skiepytųjų gauti visiškas imunitetas; Londono ekspertų komisija patarianti daryti tarp pirmojo ir antrojo skiepymo 3 savaičių pertrauką, o tarp antrojo ir trečiojo — 2 savaičių. Ta pati komisija pareiškusi viltį, kad ateityje pavyksią pasitenkinti dviem arba viena injekcija. Paskutiniu laiku pasirodę daug pranešimų apie dviejų kartų imunizaciją; sustiprindami anatoksino antigeniškumą iki 16—20—30 AE, autoriai gavę 92—98—100% imunitetą 2 kartu skiepytiems, darant pertraukas tarp skiepymų iki 3—4 savaičių. Esą pranešimų ir apie vienkartinę imunizaciją, kuri duodanti po 4—9 savaičių iki 90% neigiamų Schick'o reakcijų.

Autoriai naudojąsi preparatu, pagamintu tuo būdu, kad prie difterinio anatoksino buvę pridedama kalio alūno (калийные квасцы). Skiepymas buvęs daromas vieną kartą. Praslinkus 8—10 savaičių po skiepymo, atliekama Schick'o kontrolinė reakcija. Pats skiepymas davęs silpną vietinę reakciją 80—85%; vyresniems vaikams vidutinių ir stiprių reakcijų pasitaiką dažniau, bet neprašoką 3,5—4% bendro skiepytų skaičiaus; bendrų reakcijų, su augšta t°, galvos skausmais, kartais ir vėmimu, buvęs didesnis procentas kaip 3. Tiek vietiniai, tiek ir bendri reiškiniai po 2—3 dienų praeidavę be pėdsakų. Schick'o reakcija buvusi gauta teigiama po 6—8 savaičių 2%, o vėliau pakartojus tik — 0,5%. Darant išvadą, reikią konstatuoti, kad šitos metodės vertė, sprendžiant pagal Schick'o reakcijas, esanti didelė ir ateityje reikėtų reguliariai patikrinti vieną kartą imunizuoti vaikai.

Dr. V. Tercijonas.

6. Kanevskaja (Odesa): **Juodųjų serbentų, konservuotų cukrum, priešskorbutiniai savumai.** (Противоскорбутные свойства черной смородины, законсервированной сахаром) („Sov. Ped." 1935, 10 nr.).

Klausymas apie C vitamino išlaikymą maisto produktuose turįs didelės reikšmės dėl jo jautrumo. Augšta temperatūra virinant syropus galinti sunaikinti juodųjų serbentų priešskorbutinius savumus, nes C vitaminas neatsparus šildymui. C vitamino stoka, ypačiai dirbtinai maitinamiems vaikams, galinti sukelti hypovitaminozę, kartais sunkiai nustatomą, nes latentiškas skorbutas neturi ryškaus kliniško vaizdo. Atrodo tikslingu vaikų amžiuje vaisių konservavimas prof. Sulimos-Samoilo ir prof. Dubianskaja būdu. Uogos rūpestingai apibarstomos cukrum šitokio sąstato: 32 gr. uogų ir 68 gr. cukraus.

Pirmas būdas: uogos ir cukrus sudedami sluogniais; kai cukrus ištirpsta, produktas laikomas pagamintas.

Antras būdas: vaisių susmulkinimas ir suspaudimas; šiteip konservuojami tokie vaisiai, pro kurių odą sultys sunkiai praeina arba visai nepraeina (obuoliai, kriaušės, vyšnios, slyvos, dynai, arbūzai). Tokie vaisiai ilgai laikomi cukruje sveiki arba supjaustyti, pasidarą kieti, nes cukrus atimąs iš jų sultis. Vaisiai galima išimti, suvartoti kaip džiovinta uogienė, o sultys skyrium suvartoti.

Trečias būdas yra šis: vaisiai sumaišomi su cukrum ir sumalami arba sutrinami mėsos grūstuvėliu arba porceleninėje piestoje.

Įvairiais būdais gaminant, išvengiama augštos temperatūros veikimo ir todėl šitie būdai pavadinti konservavimu „cukrinant".

Autorės uždavinys buvęs ištirti, ar išsilaikąs šitais būdais konservuotuose vaisiuose C vitaminas. Trečiu būdu buvusios konservuotos juodosios serbentos, t. y. sutrinant su cukrum. Toliau, eksperimentuojant su jūrų kiaulaitėmis, buvę nustatyta, kad kiaulaitės gavusios šitų „sucukrintų" serbentų, skorbutu nesusirgusios, o kontrolinė grupė, kuriai buvo duodama paprasta uogienė iš juodųjų serbentų, susirgusi skorbutu. Toliau išaiškinta, kad sucukrintieji vaisiai iš juodųjų serbentų duodą pastovų produktą, kuriame C vitaminas išsilaikąs ne trumpiau kaip 2 metus Uogienėje iš juodųjų serbentų, pagamintoje paprastu ilgo virinimo būdu, C vitaminas tiek suyrąs, kad juodosios serbentos praktiškai netenkančios savo vitaminų.

Dr. V. Tercijonas.

7. E. Schiff: **Vaikų psoriasis'o dijetoterapijos klausymu.** Zur) Ernährungstherapie der Psoriasis beim Kinde) („Jahrbuch f. Kinderheilk." 1935 m. 145 t.).

Autorius sako, kad visur viešpataujanti nuomonė, jog dijetoterapija vaikų neurodermitams nieko nepadedanti, esanti klaidinga. Kaip tiktai svarbiausia vaikų ekzemų ir neurodermitų gydymo priemonė esanti dijeta. Dijetos pagelba buvę mėginama gydyti ir psoriasis. Visokios maisto dalys buvusios laikomos šitos ligos kaltininkėmis. Pav., Stricker ir Bloch manę, kad psoriasis'ą sukelią baltymai; Lindeman — purinai, Pulay angliahydratai, Gerson — mineralinės druskos. Pagal minėtas teorijas

buvusios sukombinuojamos ir dijetos, kurios arba visai nieko arba maža ką tepadėdavusios. Paskutiniais metais (1934) Grütz vartojęs tam reikalui be riebalų dijetą, kuri daugeliu atsitikimų duodavusi gerų rezultatų.

Autorius aprašo nepaprastai sunkų 5 metų mergaitės psoriasis atsitikimą, gydytą tiktai dijetiškai, panašiai kaip jis gydąs ir neurodermitus. Ligonė gaudavusi tiktai šviežių vaisių, žalių daržovių ir nedaug apelsinų, pomidorų, morkų sunkos.

Aprašomas psoriasis prasidėjęs prieš 3 savaites viso kūno būdingu išbėrimu. Jokiam medikamentiniam gydymui nepasidavęs. Nei anamnezė, nei status, nei tyrimas jokios kitos ligos nerodę. Psoriasis universalis dijagnozė buvusi patvirtinta ir prof. Buschke, kuris stebėjęs ir ligos eigą. Paskyrus tiktai šviežių vaisių ir daržovių dijetą per 13 dienų išbėrimas daręsis dar intensyvesnis, pasirodę nauji išbėrimai, ir tiktai trečią savaitę išbėrimas pradėjęs blukti, žvynelių kiekis pradėjęs mažėti. Tokia būtis trukusi apie 13 dienų ir tiktai po to prasidėjęs tikras sveikimas. Gijimas ėjęs tuo būdu, kad pirmiausia nublukę ir nusinėrę žvyneliai nuo išbėrimų, esančių ant sprando. Tai įvykę per 4 dienas. Tuo pačiu metu pradėjęs blukti išbėrimas, esąs ant nugaros ligi IV šonkaulio ir ant dilbių, o kitose vietose buvęs išbėrimas likęs nepakitęs. Teip gijimas tam tikrais segmentais ėjęs žemyn ir po 3 mėnesių likę tiktai buvusių išbėrimų vietose depigmentuoti plotai. Gijimo metu 2 kartu buvę galima pastebėti pasirodant naujų paraudimų, bet jie greitai pranykdavę ir neturėdavę žvynelių.

Apie teorinį tokio gydymo pagrindą esą peranksti galvoti.

Gydymo metu aprašytoji pacijentė per 3 su viršum mėnesius nustojusi tiktai 1 klgr. svorio.

Išleista iš ligoninės 5 savaites gavusi šitokią dijetą: Pusryčiams — šviežių vaisių; pietums — virtų daržovių, bulvių, 80 gramų virtų veršio kepenų, 20 gr. duonos ir vaisių; vakarienei — vaisių ir žalių daržovių.

Recidyvo nebuvę, leukoderma nykstanti, mergaitės savijauta esanti gera ir augąs svoris. *Gyd. J. Mockevičius.*

8. Wild und Lertscher: **Apie plaučių greitai praeinančių infiltracijų etijologiją**. („Schweiz. med. Wochenschr." 1934 m., 36 nr.).

Rentgenologiški pakitimai, randami mokyklų gydytojų, kaip plaučių infiltracijos, būdingi savo kliniškų reiškinių stoka. Pastatyti dijagnozė „tuberkuliozinė infiltracija" nepaprastai lengva. Šitie infiltratai pasirodą ir išnykstą keletos, keliolikos dienų metu. Kartu su tuo kraujuje padaugėją eozinofilų (ligi 11—12%) ir po kiek laiko jų sumažėją, nors išmatose kirminų nerandama.

Autoriai aprašo du vaikus (10 ir 11 metų amž.) su tokiomis plaučių infiltracijomis, kurios pranykusios per 10—14 dienų. Šituos plaučių pakitimus sukeliančios askaridų larvės, kurios pro žarnų sieneles kraujo ar lymfos takais patenkančios į dešinįjį skilvelį, iš kur mažuoju kraujo apytakos ratu patenkančios į plaučius ir pragręžiančios alveolių sieneles. Iš čia jos patenkančios į trachėją ir rijimo aktu vėl į žarnas, kur galutinai išsirūtuliuojančios. Jų praėjimas pro plaučius užtrunkąs 1—2 savaites. Plaučiuose jos sužadinančios atelektazę ir perifokalinę reakciją, kas duodą šešėlį ekrane arba rentgenogramoje. *Gyd. J. Mockevičius.*

UROLOGIJA.

3. A. Duchanov (iš prof. Cholcov'o klinikos Leningrade): **Ueber Lumbalanaesthesie in d. Urol. Chirurgie** u. s. w. (Liumbalinė anėstezija urolog. chirurgijoje ir t. t.) („Z. Ur. Chir." XXXIIX, H. 5).

Autorius, stebėdamas ligonius, kuriems buvo pritaikyta šita anėstezija, priėjo šias išvadas:

1. Liumbalinė anėstezija verta dėmesio, tačiau ji ligi šiol nepajiegusi išstumti iš urologijos bendrąją narkozę.

2. Šitas faktas aiškinamas liumb. anėstezijos nepatikimumu operuojant inksto srityje, esant dabartinei anėstezijos technikai.

3. Josios trūkumas pareinąs nuo jos veikimo kraujoslėgiui, kuris visada krintąs nepareinamai nuo punkcijos augštumo.

4. Kraujoslėgis pakyląs tiktai esant nepakankamai anėstezijai ir aiškinamas refleksišku veikimu. Betarpiškas kraujoslėgio pakilimas tuč-tuojau po liumb. anėstezijos, greitai pasikeičiąs jo kritimu, stebimas kartais dėl psychinių priežasčių.

5. Profylaktiškai įšvirkštus kamforos ir coffein'o tirpinių, nepavykdavę perspėti kraujoslėgio kritimo. Įšvirkštus sol. camphorae 20% 5—10 kb. cm., 71% atvejų kraujoslėgis pakildavęs 17% pirmykščio lygio; pridėjus prie to dar sol. coff. natr. benz. 20% 2—3 kb. cm. už 2½ val. prieš operaciją, kraujoslėgis 75% atvejų pakildavęs 21%.

6. Paodinis coffein'o, ol. comphorae, adrenalin'o įšvirkštimas, teippat intraveninis coffein'o įšvirkštimas nesužadiną kraujoslėgio greito pakilimo.

7. Operuojant šlapimų pūslės, gl. prostatae, šlapinimosi latako ir perineum'o srityse, geriausia esą prie novocain'o pridėti alkoholio, kuris padedąs išvengti kraujoslėgio kritimo ir daraąs šitą anėsteziją visiškai nebepavojingą. Iš 35 atsitikimų 11-oje buvę pridėta 5—10% absoliutaus alkoholio. Punkcija daroma tarp L_4 ir L_5 ir principinai gulščiam. Novocain'as vartojamas 1%. Alkoholio dėka kraujoslėgis išlėto krintąs ir greitai grįžtąs prie normos, kas praktiškai be galo svarbu. *T. Goldbergas.*

4. J. Palugyay (Viena): **Zur Roentgenosymptomatologie d. Hypernephroms.** (Hypernefromos rentgenosymptomatologija) („Z. Ur. Chir." XXXIX, H. ¾).

Juo geresnių rezultatų gaunama gydant hypernefromą, juo anksčiau buvo nustatyta šito susirgimo dijagnozė. Kliniški duomenys labai dažnai neįgalina tiksliai nustatyti ar diferencijuoti dijagnozės. Kad ir žymiai padeda šituo atveju rentgeno spinduliai, bet vis dėlto pasitaiko atsitikimų, kai ir jie neįgalina nustatyti tikslios susirgimo rūšies; ypačiai tai būną tais atvejais, kai auglio masės nėra patekusios į inksto tuštymą. Užleistais atsitikimais, k. a. smarkiai augant augliui, kai, be naviko augimo, nėra kliniškų reiškinių skausmų ar kraujavimo pavidalo, šitas perdaug smarkiai augąs navikas, įsiskverbiąs į aplinkumą, nustumiąs inkstą ir žarnas, neduodąs jokio būdingo vaizdo tiksliai dijagnozei nustatyti. Prie tokių atvejų priklauso ir nedidelės hypernefromos, spaudžiančios ir nustumiančios gretimus organus. Todėl autorius ir kreipia dėmesį į tokius symptomus, kurie retai pasitaiko hypernefromose ir siūlo ištirti jų pritaikomumą dijagnostikai arba diferencinei dijagnostikai. Prie šitokių požymių autorius priskiria ir šitų auglių sukalkėjimą. Patologo-anatomams seniai žinomas hypernefromų palinkimas nekrozuotis; tokiose vietose išsirūtuliuojąs jungiamasis audinys, kuriame nusėda kalkės. Rentgeno dijagnostikoje šitiems sukalkėjimams teikiama maža reikšmės. Autoriaus nuomone, šitokie pakitimai esą būdingi hypernefromoms, jeigu jie yra dryžuoti arba puriai rezginiuoti ir, jeigu tankiai jie guli, yra panašūs į audimą. Nuo paprastų sukalkėjimų inkstuose jie skiriasi tuo, kad neduoda standžių šešėlių.

Straipsnyje išskaičiuoti diferenciniai skirtumai nuo kitų galimumų (echinococcus, inksto cysta ir kt.). Straipsnyje yra įdomių rentgenogramų. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

2. F. Meyer (Berlynas): **Gyn. u. Geburtsh. Feststellungen an Morphinkranken.** (Gynekologiniai ir akušeriniai duomenys apie morfinizmu sergančias moteris) („Zbl. G." 1936 m. 1 nr.).

Autorius, išnagrinėjęs didelę medžiagą, stengiasi nustatyti, kiek akušeriniai ir gynekologiniai susirgimai sukelia morfinomaniją, ir teigia, kad tiktai neurotinės asmenybės yra susijusios su morfiu. Neturįs jokio pagrindo teigimas, kad tulžies pūslės diegliai arba gynekologiniai susirgimai subjektą padarą morfinistą. Šitie faktoriai tiktai gali padėti pasireikšti šitai silpnybei, bet nėsą jos atsiradimo priežastim.

Autorius, pavyzdžiui, patiekia keletą ligos istorijų, kaip įrodymą, kad gydytojai lengvabūdiškai vartoja morfį, skirdami jį ilgą laiką savarankiškai priiminėti namie, kovojant su įvairiomis gynekologinėmis ligomis ir net su asthma bronchiale. Pastarajai ligai malšinti morfis dabar jau nebevartojamas. Autorius patiekia asthma bronchiale atsitikimą, kurio priežastis vieno gydytojo buvo įžiūrėta ilgame pyrazolon'o preparatų vartojime; paliovus juos vartoti, priepuoliai būk iš karto pasiliovę. Asthma bronchiale dažnai sukeliančios psychogeninės priežastys ir psychinio pobūdžio priemonėmis ji galinti būti sėkmingai pašalinama, net jeigu ir gana ilgai ji būtų buvusi. Autorius kalbamajai ligonei slaptai įdavęs pyramidon'o (pyrazolon'o preparato) ir priepuolio vis dėlto nebuvę gauta. (Patariu peržiūrėti šitas ligos istorijas, norint įsitikinti, kaip beprasmiškai gydomos šitos ligos morfiu. Ref.). Visi šitie ligoniai buvę neurotikai (matyti iš ligos istorijų. Ref.). Todėl su morfio vartojimu reikią būti labai atsargiam, kas net prityrusiam gydytojui nelengva, nes, neurozės neapstebėjus arba nepagalvojus apie jos galimumą, gaunama labai nemalonių pasėkų.

Toliau autorius tyrinėjo morfio įtaką nėštumui, gimdymui ir kūdikiui. Rezultatai: abortas, pirmalaikis gimdymas ir sumažėjęs kūdikio svoris. Sąsyjyje su šituo autorius kelia 3 klausymus: 1) Apie galimumą vesti morfinistę; jisai į šitą klausymą atsako neigiamai, ir leidžia daryti išimtį tiktai tuo atveju, kai ligonė esanti laisva nuo šitos silpnybės ne tiktai farmakologiškai, bet ir psychologiškai; antra vertus, vestuvės esančios tasai kulminacinis taškas, į kurį gydytojas, taikydamas tokiais atvejais psychoterapiją, kreipia visą dėmesį, primygtinai reikalaudamas pasigydyti nuo morfinizmo ligos. 2) Farmakologiškas pagijimas nuo morfinizmo. Tačiau čia stebimas pacijentų perėjimas prie kitų nuodų (alkoholio, veronalio etc.). Tiktai stacijonariškai gydant pavykstą pagydyti morfinistas. 3) 3-čias klausymas: tatai menstruaciniai sutrikimai morfinomanijos metu, libido, potencijos ir t. t. ligi pat mėnesinių pranykimas. Kaip kurjozą autorius aprašo 44 metų pacijentę, kuri netekusi mėnesinių 19 metų amžiuje, besirgdama skarlatina ir šitos ligos metu buvusi gydoma morfiu; ir tiktai praėjus 24 metams, pasigydžiusi nuo morfio vartojimo įpratimo, ji po keleto dienų gavusi menses. *T. Goldbergas.*

BAKTERIJOLOGIJA.

1. H. Kliewe ir E. Eldracher: **Tyfo ir paratyfo bacilų išgyvenimo laikas sterilizuotame ir nevirtame piene.** (Ueber die Lebensdauer der Typhus-und Paratyphusbazillen in sterilisierter u. roher Milch). („Zntrbl. f. Bakt." 1935, B. 135 H. 4—5).

Gana daugelio epidemijų priežastimi neretai būnąs užterštas pienas tyfo ar paratyfo bacilais. Sprendžiamas klausymas, kaip laikosi minėti patogeniški bacilai rūgščiame piene ir kiek ta nuomonė yra teisinga, jog esą per jį negalį būti sukelti tyfiniai susirgimai. Rinkos pienas apkrėstas typhus'o, paratyphus'o ir Breslau'o bacilų kultūra ir pastatytas įvairioje temperatūroje surūgti, stebėtas keletą savaičių pieno rūgštingumas ir ar iš to pieno pasėjimo būdo galima išauginti įnešti bacilai. Rezultatai buvę šie: Tyfo, paratyfo ir Breslau'o bacilams mažai rūgštingas sterilizuotas pienas (t. y. apie 10) esąs visai gera maitinamoji medžiaga. Augštesnio rūgštingumo (17—20) ir 37° temperatūros sterilizuotame piene tyfo bacilai žūvą per 24 val., paratyphus'o ir Breslau'o bacilai — tik po 1—2 savaičių. Dar augštesniame rūgštingumo laipsnyje (iki 33) ir žemesnėje temperatūroje (20°) minėtieji bacilai žūvą tik po keleto savaičių, lygiai teippat ir 8° t-oje. Jei tokiame sterilizuotame piene esą ir coli grupės bakterijų, tai tyfo bacilai žūvą po 24 val., teipppt ir paratyfo ir Breslau'o bacilai žūvą greičiau, t. y. maždaug po 6—7 dienų. Kiek kitaip esą nevirtame piene, kur esą bact. coli. Čia tyfo bacilai dėl bact. coli veikimo žūvą per kelias valandas arba dienas, paratyfo gi ir Breslau'o bacilai esą kiek atsparesni. Jei coli grupės bakterijų nėsą, tai patogeniškos bakterijos žūstančios tik augštes-

nėje temperatūroje, nes tada tik pasidariusi rūgštis juos veikianti. Vadinasi, rūgštaus pieno, pasukų ir kt. vartojimas, kaip kad daugumos yra manoma, apsikrėtimo prasme nėsą visiškai tikra. (Šviežias pienas turįs pagal Thörner'į 16—18 laipsnių rūgštingumą). *Gyd. V. Girdzijauskas.*

2. O. Mündel: **Rankų dezinfekavimas Esbe muilu** (Händedesinfektion durch Esbe-Seife) („Ztrbl. f. Bakt." 1935, B. 135, H. 6).

Visiška rankų dezinfekcija labai sunku pasiekti, nors ir gerus desinficientia vartojant.

Iki šiol vartojamieji neorganiniai desinficientia (gyvsidabrio preparatai, šarmai, rūgštys) ir organiniai (fenolis, krezolis, aldehydas, alkoholis) čia suerzina odą, čia duoda nemalonų kvapsnį.

Jei minėtieji preparatai, retai vartojami, nesuerziną rankų odos, tai ilgai vartojami, sukelią gana stiprius odos suerzinimus. Berno institute dr. Eckmann pagaminąs Esbe muilą, su kuriuo atsiekiama gana gerų rezultatų rankas dezinfekuojant. Jo Esbe muilas yra skystas, aliejaus konsistencijos, turįs gerą kvapsnį. Plaunant rankas po kelis kartus per dieną, per 3 metus esą nepastebėta odos suerzinimų. Jo dezinfekciškas veikimas bazuojąsis aromatinių alkoholių ir jų substitucijos produktų veikimu, turįs 35% muilo.

Šito muilo skiedinyje b. coli comm., bac. typhi abdom., bac. prodigiosus ir staphylokokkus'ai žūvą per 2 minutes. Suteršus rankas bac. prodigiosus ir dezinfekavus cheminiais dezinfektoriais, nebuvusi gauta visiška dezinfekcija.

Plaunant paprastu muilu, gaunama $^1/_2$ dezinfekcijos; plaunant su paprastu muilu ir šepečiais, pasiekiama daugiausia 70—70% dezinf. Plaunant su Esbe muilu pasiekiama beveik visiška dezinfekcija. Čia galima esą nevartoti mechaniško plovimo šepečiais. *Med. kand. J. Lipčius.*

FYZIJOLOGIJA.

1. Prof. B. A. Jegorov (Maskva): **Alergija.** („Klinič. Med." 1935 m. 12 nr.).

Apie alergiją plačiau esą pradėta kalbėti prieš 5—6 metus, kada buvę pastebėta, kad alergija pasireiškianti tam tikrais histologiškais pakitimais, kurie anksčiau atrodę neįrodomais. Paaiškėję, kad krupozinė pneumonija, ūminis sąnarių reumatas, difuziškas gliomerulionefritas ir daugelis kitų dažniausiai pasitaikančių ligų priklausą alergijai. Todėl alergija ir skirianti XIX-jo šimtmečio mediciną nuo XX-jo: pirmą kartą apie alergiją buvę pradėta kalbėti 1902 m. Sąsyjyje su alergijos mokslu dabar pasikeičiančios net šios pagrindinės disciplinos: patologinė anatomija, fyzijologija, farmakologija, klinikiniai mokslai. Autorius spėja, kad ir botanikai užsiimsią šituo klausymu, nes, autoriaus nuomone, ir augmenijoje pasireiškianti alergija.

Konkrečiu krupozinės pneumonijos pavyzdžiu autorius atvaizduoja, kokį pakitimą alergijos mokslas įneša klinikoje. Pagal pirminę klasinę pažiūrą krupozinės pneumonijos atveju plaučių audiniuose isiveisią Fraenkel'io, Wechselbaum'o pneumokokai arba Friedlaender'io diplobacilai, kuriems plaučiai atsaką krupoziniu uždegimu, plaučių audinių reakcija. Pneumonijos sunkumas pirmiausia pareinąs nuo mikrobų virulentingumo, toksinų gausumo, o lengvumas — nuo mažai virulentingų mikrobų ir mažos intoksikacijos. Lėta, nusitęsusi pneumonija aiškinama „organizmo atsparumo nusilpimu". Tokia pažiūra esanti jau pasenusi, dabar jau tenką kitaip aiškinti. Pirmiausia esą pabrėžtina tai, kad ne kiekvienas žmogus galįs susirgti krupozine pneumonija. Nepakanką vien tik Fraenkel'io diplokokų buvimo plaučių audiniuose, kad išsirūtuliuotų krupozinis uždegimas. Plaučių audiniai atsaką krupoziniu uždegimu tiktai tuo atveju, kai organizmas prieš susirgimą buvęs specifiškai pakitęs teip, kad atsiradęs padidėjęs jautrumas pneumokokams — pasirengimas atsakyti jiems audringa fibriniškai hemoragiška reakcija. Nėsant šito specifiško pasirengimo, geriausiu atveju išsi-

rūtuliuojąs, kaip rodą eksperimentai, paprastas katarinis plaučių uždegimas. Pneumonijos sunkumas pareinąs nuo atitinkamų organų sensibilizacijos laipsnio. Diplokokas galįs būti menkai virulentingas, bet alerginė galvos smegenų reakcija galinti būti tiek didelė, kad ligonis nustojąs sąmonės ir kliedįs. Naujagimiai krupozine pnemonija nesergą todėl, kad jų organizmas dar esąs nesuspėjęs pakankamai sensibilizuotis.

Alergiją sukelią ne tik baltyminis antigenas, kaip kad anksčiau buvę manoma, bet ir elektrolitai, kristalojidai, netgi spindulinė, elektromagnetinė energija, klimatiniai pakitimai (gyvuliai ir augalai kitokiame klimate kitaip rūtuliuojąsi), psychiniai poveikiai (minios psychologija, kartotinė įtaiga, kaikurie psychoterapijos būdai), bakterijos (japonas prof. M a z u g i 1935 m.). Svarbiausias alergijos dalykas esąs kartotinis veikimas, be to, alergija turinti savotišką inkubacinį perijodą, kurio metu jokiu būdu esą negalima surasti susidariusių organizme pakitimų, kurie vėliau išeiną aikštėn nuo kartotinio medžiagų įdavimo. Buvimas šito slaptojo perijodo ilgą laiką kompromitavęs alergijos idėją, kuriai lyg stigę morfologinio substrato. Alergijos procesas dažniausiai paliečiąs mezenchymą, dažniausiai indų systemą; labai dažnai reaguojąs jungiamasis audinys: išbrinkstančios kologeninės skaidulos ir išsirūtuliuojanti oedema. Be to, atsirandąs vietinis kraujotekio sutrikimas, kuris sukeliąs erytrocytų dijapedezę, leukocytų emigraciją ir reaktingą jungiamojo audinio narvelių proliferaciją. Dėl šito išsirūtuliuojanti kepenų parenchyminė degeneracija (kuri galinti prieiti net iki nekrozės), širdies myodegeneracija ir vadinamasis chroniškasis myokarditas (myokardoalergozė). Kaikurių alerginių susirgimų (pav., ekzemos, dermatitų ir t. t.) simetringumas kalbąs už „alergines trofoneurozes" (J e g o r o v 1935 m.). Tačiau daug patologų (A b r i k o s o v 1934 m., R ö s s l e 1933 m.), pasirėmę naujaisiais tyrimais, tvirtiną, kad alerginiai audinių pakitimai nėsą specifiški, nesutinkami kitų susirgimų atvejais: net Aschoff'o mazgeliai dabar nebėsą laikomi specifiški reumatui. Pagrindinis alergijos požymis esąs ne tiek morfologija, kiek morfologinių pakitimų išsirūtuliavimo greitumas.

Alergija nereiškianti tiktai jautrumo padidėjimo — anafilaksijos, pasireiškiančios hyperalergija; alergija galinti pasirodyti sumažėjusia reakcija — hypoalergija. Nebuvimas alerginės reakcijos esąs vadinamas analergija, kuri esanti dviejų formų: 1) natyvinė analergija, kada audiniai nepakitę, ir 2) imunogeninė analergija (J e g o r o v 1935 m.), kai reakcijos nėsą dėl imuniteto, t. y. imuno-bijologiškas audinių persitvarkymas ir padidėjusi rezistencija. Imunitetas ir hyperalergija (jautrumo padidėjimas) esančios tik tos pačios organizmo sensibilizacijos būties skirtingos fazės (M e t a l n i k o v 1932 m.). D ö r r anafilaksiją ir imunitetą teippat laikąs esmėje tuo patim.

Fyzijologo G ö h r i n g'o vadinamasis organizmo „Umstimmung" (persiderinimas, perestroika) esanti alerginis persitvarkymas.

Prof. B. A. J e g o r o v (1935 m.) suformulavęs šiuos 4-ris alergijos dėsnius: 1) pirminio intervalo ir kartotinio veikimo dėsnis (vadinasi, nors organizmas nuo pirmojo kontakto pakintąs, bet regima alerginė reakcija pasirodanti audiniuose tik veiksmui pasikartojus); 2) bijologinių procesų kokybės ir greitumo pakitimo dėsnis; 3) priežasties ir padarinių neatitinkamumo dėsnis (pav., vienam kuris-nors kvapas nieko nesukelias, o astmatikui esąs dusulio ir kosulio priežastim); 4) mezenchymos ir vegetacinės nervų systemos būtino dalyvavimo reakcijoje dėsnis. (Seka paaiškinimai).

Alergija esanti ne liga, o tik savotiška organizmo būtis, sugebėjimas reaguoti tam tikru dėsningumu. Pastaruoju laiku ligas, kuriomis šitoji alergija pasireiškianti, vokiečiai vadiną alergozėmis. Alergozėms priklausą ideosinkrazija, bronchinė astma, šieninė karštligė (catarrhus aestivus), gleivingoji žarnų kolika, grįžtamoji sąnarių vandenė, urticaria, angijoneurozinė Quincke oedema (oedema cut's circumscriptum), ekzemos, dermatitai, erytemos, petechijos, odos niežulys ir t. t. Bendru alergozės, su kuria tenka turėti reikalo visų ūminių infekcinių ligų atvejais, typu esanti gerai žinoma

seruminė liga, aprašyta jau 1903 m. Visų ūminių infekcinių ligų kliniškas pagrindas esanti alergija.

Prie typingų alergozių priklausanti visų formų tuberkuliozė. Toliau autorius priskaičiuoja daug ligų ir jų komplikacijų, kur svarbiausį vaidmenį vaidinanti alergija.

Visa homeopatija esanti pagrįsta kartotiniu ir dažnu priėmimu įvairių medžiagų, kurios desalergizuojančios ir desensibilizuojančios organizmą. Tos medžiagos, kurios, didelėmis dozėmis ir retai vartojamos, sukeliančios alergiją, mažomis dozėmis ir mažesniu intervalu priimamos duodančios priešingą rezultatą — desalergizaciją. Tatai patvirtiną tuberkulinas, bronchinės astmos gydymas kartotinai priimant minimalias alergenų dozes.

Sąlyginiai refleksai teippat galį sukelti alerginę reakciją, nes esą žmonių, kurie, pav., susergą bronchine astma, tik pamatę rožės priešinį. Autorius aprašo ir daugiau panašių atsitikimų ir eksperimentų.

Kaikurios vyno rūšys alergiškai sukeliančios podagrą.

Hysterinės ir neurasteninės reakcijos neretai esančios dėl psychinės alergijos („psychiniai alergenai“).

Pylorospasmus priklausąs prie typingos alergijos ir t. t., M. Meyer (1935 m.) skelbiąs, kad skrandžio opa esanti hyperalerginis uždegimas, G. Bergmann ir kt. įrodinėją, kad ūminis cholecystitis, appendicitis. pyelitis ir t. t. išsirūtuliuoją sąsyjyje su alergija.

Gale straipsnio aiškinama įvairi alerginių reiškinių terminologija (allobijozė, patergija ir t. t.) ir nurodyta literatūra. *N. Indrašius.*

ODONTOLOGIJA.

1. M. O. Kovarskii: **Retos komplikacijos po mandibulinės anėstezijos.** (Редкое осложнение после мандибуларной анестезии) („Сов. стом.“ 1935, 6 nr.).

1931 m. autorius stebėjęs keletą atsitikimų komplikacijų po mandibulinės anėstezijos. Susikomplikavimas pasireiškęs tuo, kad, betaikant šitą anėsteziją apatiniams moliarams traukti, ligoniui atsiradęs trismus, praėjus 5—10 dienų po ekstrakcijos. Kaikuriais atsitikimais jie buvę pakankamai ryškūs, esant normaliai temperatūrai bei nėsant jokių uždegimo reiškinių apatiniame žandikaulyje.

Autorius patiekia keletą pavyzdžių:

I atsit. Lig. K., 29 mt. amž. 1931. II. 9 d. padaryta ekstrakcija 6] mandibulinei anėstezijai veikiant; dantis turėjęs ūminį periodontitą. Kitą po ekstrakcijos dieną nežymūs, trumpi naktiniai skausmai. Po 5 d. ligonis blogai išsižiojąs. Apžiūrint II. 17 d. pasirodę, kad burną atidaraąs $^1/_2$—2 cm. Ekstrakcijos vietoje žaizda gijusi normaliai. Įdūrimo (anėstezijos) vietoje nebuvę nei jautrumo nei kitų uždegimo reiškinių; tik pastebėtas nedidelis jautrumas palpuojant ties angulus mandibulae.

II atsit. Lig. O., 28 mt. amž. 1931. I. 28 d. padaryta stipriai sugriuvusio 8] danties ekstrakcija. Ligonė skundžiusis vis didėjančiu negalėjimu atidaryti burnos: prasižioti galėjusi tik per 1 pirštą. Ekstrakcijos vietoje žaizda gijusi normaliai. Uždegimo reiškinių nebuvę nei anėstezijos vietoje nei apatinio žandikaulio srityje; t^0 normali.

III atsit. Lig. B. 1931. II. 6 d. protezavimo tikslu po mandibulinės anėstezijos buvę pašalinti 6,7]. Po 5 dienų, esant normaliai t^0 ir nėsant uždegimo reiškinių, ramus ascendens srityje pasirodęs trismus.

Visais šitais atsitikimais, trismus'o reiškiniai pavykę likviduoti per 2—3 mėnesius, švitinant sollux'o lempa arba kombinuojant ją su kvarco lempa.

Autoriaus ir prof. Gurevič'iaus nuomone, infekcijos įnešimo švirkštu ekstrakcijos metu negalėję būti, nes nepastebėta uždegimo reiškinių nei injekcijos nei ekstrakcijos vietose; žaizdų gijimas buvęs normalus. Autorius pastebėjęs, kad novokaino tirpinys injekcijoms buvęs daromas ne fyzijologiniame tirpinyje, bet destiliuotame vandenyje.

1933 m. autorius kitoje ambulatorijoje pastebėjęs visai analogingus atsitikimus — trismus po mandibulinės anėstezijos. Ir čia anėstezijai tirpiniai buvę gaminami su destiliuotu vandeniu. 1935 m. autorius vėl pastebėjo panašių pavyzdžių. Tuo būdu iš aprašytų atsitikimų, autoriui atrodą, kad tų komplikacijų priežastis esanti anėstezuojamų tirpinių netinkamas paruošimas. Tačiau šita priežastis negalinti būti vienintelė. Mandibulinė anėstezija tokiais destiliuotame vandenyje paruoštais tirpiniais buvusi daroma dideliam ligonių skaičiui, o komplikacijas gavę tik keletas atsitikimų. Be abejojimo, tuo pačiu laiku veikusi ir kita priežastis: ji, greičiausia, buvusi novokaino tirpinio infiltracija į musc. pterygoideus int. Šitą priežastį sukelią anėstezijos techniški netikslumai. Tokios infiltracijos pasėkos ypačiai pasitaikančios mažai prityrusių gydytojų praktikoje. Kai švirkšto adata po injekcijos pametanti kontaktą su kaulu, tai jos galas dažnai nukrypstąs į liežuvio pusę ir įsibedąs į raumenį. Fischer'o nuomone, po injekcijos skausmai (su pertraukomis) pareiną nuo infiltracijos į raumenis ir esą techniškų klaidų pasėka.

Ickin savo straipsnyje „Интраоральная мандибуларная анестезия“ („Одонтология и стоматология“, 1929 m., 11 nr.) rašo: „Anėstezuojamo tirpinio infiltracija į raumenis sukelia skausmus. Pirmiausia pastebimas raumenų įtempimas. Raumenų įtempimą seka kontraktūra: pasireiškia žandikaulių trismus — skausmingas prasižiojimas“.

Nežiūrint, kad infiltracija tirpinio į m. pterygoideus int. būnanti labai dažnai, ypač pradedančiųjų gydytojų praktikoje, vis dėlto Ickin'o aprašyti atsitikimai pasitaiką retai. Matyti tais atsitikimais, kai injekcinis tirpinys paruoštas lege artis, raumenų infiltratas dauguma atsitikimų susigeriąs ir išsisklaidąs nesukeldamas pastebimų komplikacijų. Kitaip būną su skiediniais, paruoštais destiliuotame vandenyje. Pastarieji savo ryškia hypotonine jiega galį sukelti raumeninio audinio pakenkimus su surandėjimo ir kontrakcijos pasėkomis. Šitame lėtame (5—15 d.) proceso išsivystyme, matyti, ir slepiantisi vėliau pasireiškiančių čia aprašytų susikomplikavimų priežastis.

Autoriaus nuomone, stiprus trismus po mandibulinės anėstezijos atsirandąs, greičiausia, dėl 2-jų tuo pačiu laiku veikiančių faktorių: netinkamai paruošto skiedinio ir techniškų injekcijos klaidų.

D. g. Malėlaitė.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Tarpšonkaulinių nervų alkoholizacija plaučių tuberkuliozę gydant.** Tarpšonkaulinius nervus blokuoti alkoholiu ir tuo būdu tuberkuliozės paliestiems plaučiams reliatyviai immobilizuoti, pirmas yra pasiūlęs Leotta 1926 metais. Kai dėl pleuros lapelių suaugimų negalima padaryti pneumotorakso, tai plaučių tbc-ei gydyti tenka pritaikyti torakoplastika. Šitą labai sunkią ir apluošinamąją operaciją galinti visiškai atstoti Leotta's pasiūlytoji tarpšonkaulinių nervų alkoholizacija, kuri esanti labai paprasta, techniškai nesunki, ligonio gyvybei nepavojinga, ryškiai aprėždama plaučių judrumą, nuramina ligonio plaučius ir tuo būdu įgalina uždegiminiam procesui aprimti.

Jos technika ši: tučtuojau po apatiniu III, IV, V, VI ir kartais VII šonkaulių kraštais iš pradžių įšvirkščiama ½ kb. cm. novocain'o, o paskui 2 kb. cm. 95° alkoholio. Injekcijos pakeliamos gerai, nedideli skausmai greitai išnykstą. Alkoholiui paveikus, atitinkami tarpšonkauliniai nervai tam tikram laikui paralyžiuojami ir dėl to krūtinės ląstos ekskursijos iš akies sumažėjančios. Praėjus 2—3 metams, tarpšonkaulinių nervų funkcija atsitaiso ir prireikus nervų alkoholizacija galima vėl pakartoti.

Kaip tik pneumografija parodo kvėpuojamųjų ekskursijų pagyvėjimą, tarpšonk. nervų alkoholizacija vėl kartotina. Paprastai kartotinės

injekcijos daromos kas 3—4 mėn. Gydymo kursas turi trukti ne mažiau kaip 2 metus. Pasibaigus gydymo kursui, krūtinės ląstos funkcija visiškai atsitaiso ir nelieka jokių deformacijos pėdsakų.

Alkoholizacijos geri rezultatai pirmą mėnesį nepasireiškią ir tiktai vėliau t⁰-ra krintanti, kosulys bei skrepliavimas sumažėją ir svoris padidėjąs.

Nuo 1931 m. Leotta pradėjo daryti abipusę tarpšonkaulinių nervų alkoholizaciją, nes tuo būdu pasiekiama daug geresnė plaučių ramybė, mažiau sutrikdomi normalūs fyzijologiniai tarpusaviai santykiai, nenustumiamas į šalį mediastinum'as ir nesutrikdomas širdies bei plaučių veikimas. Be to, reikia turėti galvoje, kad tbc. procesas retai būna vienapusis; padarius vienapusę tarpšonk. nervų alkoholizaciją, esą pavojaus, kad tbc. procesas galįs persimesti į sveikąją pusę arba, kompensatiškai padidėjus antrųjų plaučių kvėpuojamoms ekskursijoms, juose tbc. procesas galįs aktyvuotis (esant abipusiam susirgimui).

Leotta's būdas, pagrįstas principu apsaugoti intratoracinius topografinius santykius, niekada neturįs būti sujungiamas su kitomis metodėmis — nei su pneumothorax'u, nei su phrenicoxairesis'u, nei su torakoplastika.

Šitas gydymo būdas esąs parodytinas visose plaučių tbc. formose, bet ypačiai įjsai esąs naudingas ir net neišvengtinas, kai pleuros lapeliai plačiai tarp savęs suaugę ir kai turima reikalo su fibroziniu plaučių procesu. Labai gerų padarinių gaunama, pritaikius šitą gydymo būdą smarkiems plaučių kraujavimams stabdyti; šitais atvejais iš pradžių pakanką alkoholizuoti tiktai III ir IV tarpšonkauliniai nervai, o kraujavimui pasiliovus, Leotta's būdas galįs būti praplėstas. Šitas gydymo būdas teippat galįs būti naudingas kaikuriuose sunkiuose krūtinės ląstos paken-

Rusų autoriai (prof. M. M. Šeinin, E. M. Kogan, B. S. Vinštok ir A. G. Kiselev) tarpšonkaulinių nervų alkoholizaciją laiko esant labai vertingą gydymo metodę ir taikytiną kaip papildymas prie kitų kolapsinės terapijos būdų. Geriausių ir gana patvarių pasėkų buvę gauta šitą alkoholizaciją kombinuojant su phrenicoexairesis'u, mažiau patenkinamų pasėkų — kombinuojant ją su dirbtiniu pneumothorax'u arba taikant tik vieną alkoholizaciją. Ypačiai gerų pasėkų buvę gauta šviežio tbc. proceso atvejais, t. y. kai plaučiuose būta infiltracinio arba smulkiažidininio, mažai išplitusio proceso, kai skrepliuose tik retkarčiais rasta nedaug tbc. bacilų ir visai nerasta elastingų skaidulių. Tarpšonk. nervų alkoholizacija darytina ten, kur dėl suaugimų dirbt. pneumothorax'as nepavyksta arba jis esąs permažai efektingas. Šitos alkoholizacijos technika, pasak rusų autorių, kad ir gana paprasta, tačiau toli gražu nėsanti teip lengva, kaip kaikam galėtų atrodyti, ir reikalinga įgudimo. Tik praėjus 2—3 min. po kokajinizacijos, tegalima daryti alkoholio injekcijos.

(Leotta: „Zbl. Chir." 1935 m. 23 nr. — Rabboni: „Pr. méd." 1935 m. 6 nr.). — Prof. M. M. Šeinin ir kt.: „Vračebnoje Dielo" 1935 m. 12 nr.). *J. St.*

× **Chroniškojo alkoholizmo gydymas.**

Reikią skirti du savarankiški susirgimai — nepaliaujamas gėrimas ir chroniškasis alkoholizmas. Jie galį pasitaikyti kartu. Šitų ligų priežastys trečdalyje-ketvirtadalyje atsitikimų esančios endogeninės, likusiais atsitikimais — socijalinės. Chron. alkoholizmo veldėtinumas esąs neįrodytas; todėl sveikas veldėtinumas neapsaugojąs vaikų nuo sekamo chron. alkoholizmo. Estijoje šitų ligų nėsą galima gydyti, nes nėsą specijalinių gydymo įstaigų; teippat nėsą ir įstatymo, įgalinančio tokius ligonius internuoti prieš jų norą. Pritaikius psychoterapiją ir gydymą darbu kartu su reguliariu gyvenimu atitinkamoje gydymo įstaigoje, pagydoma iki 30% šitų ligonių, kurie lieka blaivininkais. Hypnozė, kaip psychoterapinė gydymo metodė, galinti būti sėkminga tiktai atskirais atvejais ir dar kombinuojama su kitomis gydymo priemonėmis, nes viena hypnoze

esą negalima pasitikėti. Šitų ligų gydymas tęstinas ne mažiau kaip 1 metus. Didelės reikšmės turinti alkoholizmo profylaktika. Permažai įvertinamas visuomeninės akcijos už abstinenciją vaidmuo. (Karu Ėlmar. „Eesti Arst" 1935 m. 2 nr.). *J. St.*

× **Gydymas ultratrumposiomis bangomis.**

Pasak Schifake, trumpabangė terapija daugeliu atvejų galinti pakeisti chirurgišką įsikišimą. Bandymai su gyvuliais parodę, kad įvairaus ilgumo bangos parodančios selektišką veikimą auglių ir centrinės nervų systemos narveliams. Autorius trumpabangę terapiją pritaikęs 309 furunkulių gydyti ir stebėjęs, kad jie visiškai išgydavę vidutiniškai per 4—4,5 d. Teippat lengvai pasiduodavę šiteip gydomi karbunkulai ir paronychijos. Trumpabangė terapija parodanti gerą veikimą plaučių abscesams, empyemai ir osteomyelitams. Empyemas geriau veikiančios 6 m. bangos negu 10—15 m. Paradentitui išgydyti buvę reikalinga pritaikyti dar trumpesnės negu 6 m. bangos, o granuliomai — 4 m. Gynekologijoje trumpabangė terapija parodžiusi gerą veikimą pelveoperitonitams ir priedėlių uždegimams. Angijospazmiškas būtis, kol dar nėra pasidarę pastovaus indo sustorėjimo, šita terapija teippat gerai veikianti. („Kl. W." 1933 m. 46 nr.). *J. St.*

× **Kepenų ir duodenum'o vaidmuo migrenės etijologijoje.**

Colleson, ištyręs 75 migrenės atsitikimus, pas 70 ligonių radęs mažas kepenis ir tiktai 5 ligoniai turėję padidėjusias kepenis. Daugumas jų turėjų daugiau ar mažiau kepenų ar tulžies pūslės susirgimo pasireiškusių symptomų, k. a.: tulžies diegliai, geltligė, rytmetinis šleikštulys. Visi ligoniai, gydomi kepenų stimuliacijos prasme, visiškai pasveikdavę arba žymiai pagerėdavę, kas ir patvirtiną kepenų vaidmenį migrenės patogenezėje.

Denesho ir Bonom, be daugelio migrenės priežasčių, šitą ligą sieja ir su virškinimo sutrikimu, ypačiai su dvylikapirštės žarnos susirgimu. Vienu atsitikimu, padarius gastroenterostomiją ir duodenojejunostomiją, o antru — po duodeninio zondavimo, atkakli migrenė visiškai pranykusi. („Bull. mém. soc. méd." 1935 m. 4 ir 8 nr. nr.). *J. St.*

× **Pemphyg'iškas išbėrimas vienoje kūno pusėje po kaukuolės sužeidimo.**

Vyriškiui, 47 metų, po kaukuolės traumos, atsiradęs pemphyg'iškas išbėrimas, lokalizavęsis griežtai vienoje stuobo pusėje. Jisai atsirasdavęs per 3 metus, visuomet pirmtakaujant smarkiems galvos skausmams. Šitie skausmai, teippat taktilinio, skausminio ir terminio jautrumo sumažėjimas toje pačioje kūno pusėje, pasak Stopczanski'o, nurodą į centrinės nervų systemos trauminio pobūdžio pakenkimą. („Przegl. Derm." 1934 m. 1 nr. 29 t.). *J. St.*

× **Vulvės pruritus'o gydymas alkoholinėmis injekcijomis.**

Vilson vulvės niežuliui gydyti pasiūlė Ston'o išdirbtą metodę anus'o niežuliui gydyti. Iš 10 atsitikimų 4 atsitikimais vulvės niežulį lydėjęs chron. vulvitis, 1 — vulvitis ulcerosa hypertrophica ir 5 atsitikimais — leukoplakia ir vulvitis.

Technika: Vulvė atsidėjus buvusi nuvaloma, kaip kad prieš chirurgišką operaciją; ligonei buvusi pritaikoma bendrinė narkozė arba intraderminė infiltracija 2% procain'u; dviejų gramų švirkštu, įdūrus perpendikuliariai ligi paodinio sluogsnio, kiekvieną kartą buvę suleidžiama po 0,2—0,25 kb. cm. 95° alkoholio; dūrių kiekis susijęs su niežulio laipsniu ir jo išsiplėtimu, pacijentės amžiumi ir kraujo apytakos būtimi. Esant normaliai odai ir gerai kraujo apytakai, į kiekvieną niežtinčios srities kv. centimetrą esą galima įšvirkšti po 0,26 kb. cm alkoholio; esant odai sustorėjusiai arba pasidengusiai ekskorijacijomis, švirkštimai daromi su didesnais protarpiais ir per pusę mažesniais kiekiais (0,13—0,2 kb. cm.).

Įvairios rūšies vulvės susirgimai, k. a.: ekskorijacijos, įtrūkimai (rhagades), folliculitai, dermatitai, furunkulai, — gydomi alkoholio injek-

cijomis, išgyją per 3—10 d. Pilka odos spalva pasidaranti normali per 6—8 sav. nuo gydymo pabaigos. Sustorėjusi, elastingumo netekusi oda palaipsniui pasidaranti minkšta ir lanksti. Rigidiškumas ir vulvės angos susiaurėjimas dviejais leukoplakijos atsitikimais žymiai pagerėję, teippat pagerėjusi ir pati leukoplakia. Dauguma atsitikimų leukoplakia pranykdavusi po 20 d. gydymą baigus. Kad ir 3 atsitikimais niežulys grįžęs ir pareikalavęs naujo gydymo, tačiau leukoplakia neatsinaujinusi ir tiktai pasilikęs nedidelis kiekis aprėžtų žvynelių. („Northwest Med." 1934, 33 nr.). *J. St.*

× **Dysmenorėjos gydymas.**

Dysmenorrhoea membranacea, matyti, pareinanti nuo hypophysis'o pryšakinės skilties dysfunkcijos, dėl ko gaminama nepakankamai tyreotropinio hormono. Pavykus 5 dysmenorrhoea membranacea atsitikimus visiškai išgydyti gana dideliais thyreodin'o daviniais, Pol randa nebereikalinga tokioms pacijentėms skirti morfį arba pašalinti uterus, kol bus išmėgintas šis jo pasiūlytas gydymo būdas: per 10 d. kasdien švirkščiama po 1 kb. cm. praephyson'o ir į vidų duodama 2—3 kartus per dieną po 0,1 thyreoidin'o; hypophysis'o švitinimas silpnais rentgeno spinduliais sustiprinąs organoterapijos veikimą; po 10 d. pertraukos šitas gydymo kursas galįs būti pakartotas. Šitas gydymo būdas davęs gerų rezultatų ir nutukimą gydant.

Neradę dubens organų patologiškų pakitimų ir cervix'o susiaurėjimo, dysmenorėjos atsiradimą daugelis autorių aiškina endokrininės kilmės teorija, susiedami jos išsirūtuliavimą su prožestino nepakankamumu dėl silpnos B prolano produkcijos ar dėl ovarų nesugebėjimo (follikulinui stimuliuojant) reaguoti į luteinizaciją priešmenstruaciniame ir menstruaciniame perijode. Su šitokiais hormonalinės funkcijos sutrikimais Brown siūlo kovoti įvedant luteinizuojamų substancijų, kurios kartu nuslopina follikulino aktingumą. Tokia substancija esanti folutein'as, gaunamas iš nėščios moters šlapimų. Šito preparato 0,5 kb. cm. kasdien švirkščiama į raumenis per 5 d. Geriausių rezultatų gaunama pradėjus follikulin'ą švirkšti už 2 sav. prieš mėnesines. Po pirmosios injekcijos kaip taisyklė stebima vietinė reakcija: musc. deltoideus skaudamumas ir odos erythema; po 6—10 val. — šalčio krėtimas, šleikštulys, t°-ros pakilimas. Tolimesnes injekcijas lydi silpnesnė vietinė reakcija ir kitų symptomų nebuvimas.

Brown, 39 dysmenorėjos atsitikimus gydydamas folutein'u, gavęs gerų rezultatų, ir todėl siūlo, prieš pritaikant švitinimą rentgeno spinduliais, išmėginti dysmenorėjai gydyti follutein'ą. (Pol: „Arch. Gynäk." 1934 m. Bd. 158, H. 3. — Brown: „Am. J. Obst, Gyn,"1935 m. 1 nr.), *J. St.*

× **Empyemų gydymas ir kraujo transfuzijos.**

Autorius išmėginęs empyemoms gydyti kraujo transfūzijas, kurios gerai veikiančios vietinius reiškinius ir bendrą ligonio būklę tiek, kad konservatiškas gydymas turįs pasilikti ir toliau tvirtu pagrindu. Transfūzijai imamas citruotas kraujas, sumaišomas su 10% šviežiai pagamintu 5% natr. citrici skiediniu ir injekuojama po 15—20 kb. cm. vienam kūno svorio kilogramui. Padarius bijologišką bandymą (pagal Oehlecker'į), pamažu injekuojama 5—10 kb. cm. citruoto kraujo ir tik po 5—6 val. daroma transfūzija (vaikams padaroma šlapimų kontrolė); transfūzijos ir kūdikiams daromos į venas, ne į sinus'ą. Šitą gydymą pradėjusi Bessan mokykla Leipcige ir tęsusi Berlyne; iš viso esą prisirinkę 30 atsitikimų. Iš jų 14 atsitikimų buvę gydyta tik konservatiškai symptomiškai; 10-čiai vaikų buvę punktuota nuo vieno iki kelių kartų; 6-iems empyemos buvusios pašalintos drenavimu. Nė vieną kartą nebuvusi daryta šonkaulių rezekcija. Mirę 6 vaikai, daugiausia kūdikiai. Autoriaus išvada, kad, darant kraujo transfūzijas, punkcijų reikalingumas mažėjąs. Pirma punkcija stengiamasi daryti kiek vėliau, kai

degimo reiškiniai plaučiuose bus išnykę. (M. Schlegel: „Mntschr. Kndhlk" 1936 m. 64 B., 6 H.) *Dr. V. Tercijonas.*

× **Gripo, slogos ir anginos gydymas mažomis jodo dozėmis.**

Tarp šitų trijų susirgimų esąs glaudus sąsyjys. Esą gripozinių anginų (B. A. Jegorov), kartais sloga niekuo nesiskirianti nuo gripo.

Autorius šitas ligas, ypač slogą, sėkmingai palengvindavęs mažomis jodo dozėmis: duodavęs vieną lašą t-rae jodi, prireikus, kitą dieną teippat. Bet pasitaikydavę ligonių, kuriems ir vienas lašas t-rae jodi sukeldavęs nemalonumų. Tada autorius duodavęs (sekdamas Bier'ą): Rp. Jodi puri 0,1; Aq. destill. 10,0; Kalii jodati q. s. ad. solut. D. S. Po vieną lašą per diena. Rezultatai esą šie: anginų atvejais ypatingų sėkmių netekę stebėti, gripo atvejais sumažėdavusi sloga, slogų atvejais gaudavęs gerų rezultatų.

Blumenau slogą gydąs šiaip: Rp. Jodi puri 0,05; Kalii jodati 0,3—0,5; Aq. destill. 20,0. Po 5—10 lašų 2 kartu per dieną į stikliuką vandens po valgio. Gaunąs gerų rezultatų.

Toliau uatorius aiškina apie farmakodinamišką mažų jodo dozių veikimą. (M. A. Agroskin: Lečenie grippa, nasmorka i angini malimi dozami ioda. („Vrač. Delo". 1935 m. 11 nr.). *N. Indr.*

Iš mediciniškųjų organizacijų veikimo.

VI-SIS LIETUVOS GYDYTOJŲ SĄJUNGOS ATSTOVŲ

1933 m. kovo mėn. 19 d. SUVAŽIAVIMAS.

Suvažiavimo atstovai.

1. Dr. Gudavičius Pranas, nuo Kauno medic. dr-jos.
2. Dr. Juškys Vytautas, „ „ „ „
3. Dr. Kanauka Vincas, „ „ „ „
4. Dr. Nemeikša Juozas, „ „ „ „
5. Prof. dr. Mažylis Pranas, „ „ „ „
6. Dr. Nasvytis Motiejus, „ „ „ „
7. Dr. Staugaitis Jonas, „ „ „ „
8. Dr. Tercijonas Vincas, „ „ „ „
9. Dr. Vaiciuška Pranas, „ „ „ „
10. Dr. Vaičiūnas Viktoras, „ „ „ „
11. Dr. Alpernas Abromas, nuo Kauno m. gyd. są-gos.
12. Dr. Bliudzas Benjaminas, „ „ „ „
13. Dr. Feinbergas Aleksiejus, „ „ „ „
14. Dr. Finkelšteinas Lazaris, „ „ „ „
15. Dr. Garfunkelis Febus, „ „ „ „
16. Dr. Geršteinas Leonas, „ „ „ „
17. Dr. Jasvonskis Leiba, „ „ „ „
18. Dr. Lazersonas Vladas, „ „ „ „
19. Dr. Zacharinas Benjaminas, „ „ „ „
20. Dr. Čeponis Jonas nuo „Fraternitas Lithuanica".
21. Dr. Kusa Polikronas, „ „ „
22. Dr. Mickus Matas, „ „ „
23. Dr. Gabajus Abelis, nuo Alytaus apyg.
24. Dr. Bielskus Leonas, nuo Marijampolės apyg.
25. Dr. Domaševičius Andrius, nuo Panevėžio apyg.
26. Dr. Hurčinas Aleksandras, „ „ „
27. Dr. Direktoravičius Giršas, nuo Šiaulių m. ir apskr. gyd. dr-jos.

28. Dr. Jasaitis Domas, nuo Šiaulių Medicinos dr-jos.
29. Dr. Prialgauskas Jurgis, „ „ „ „
30. Dr. Berkmanaitė - Aronsonienė Liba, nuo Tauragės aps.
31. Dr. Dumbrys Aleksandras, nuo Ukmergės gyd. dr-jos.
32. Dr. Bliūdžius Jurgis, nuo Vilkaviškio apyg.
33. Dr. Račkauskas Enochas, „ „ „
34. Dr. Skirgailienė Marija, „ „ „

I. Liet. Gydytojų Sąjungos atstovų suvažiavimą atidarė Liet. Gydytojų Sąjungos centro val-bos pirmininkas d-ras J. Staugaitis.

II. Į prezidijumą buvo išrinkti: d-ras J. Staugaitis, d-ras A. Domaševičius, d-ras L. Finkelšteinas. Sekretoriavo d-ras V. Tercijonas.

III. Suvažiavimo darbų tvarka:

1. Liet. Gydytojų Sąjungos atstovų suvažiavimo pradėjimas,
2. Prezidijumo rinkimai,
3. Suvažiavimo darbų tvarkos priėmimas,
4. Mandatų ir redakcinės komisijų rinkimai,
5. Liet. Gydytojų Są-gos centro valdybos pranešimas —
   a) bendras veikimas,
   b) santykiai su ligonių kasomis,
   c) L. Gyd. Są-gos 1931 ir 1932 m. apyskaita ir 1933 m. sąmata,
6. Revizijos komisijos pranešimas,
7. Med. gydytojų organizacijų atstovų pranešimas,
8. Diskusijos dėl padarytųjų pranešimų,
9. **Dr. D. Jasaitis:** Ligonių kasos ir medic. gydytojai,
10. Kontaktinių komisijų reikalingumo klausymu,
11. **Dr. J. Staugaitis:** Darbo pajamų mokesčių klausymu,
12. Rezoliucijų priėmimas.
13. Mandatų komisijos pranešimas,
14. Centro Valdybos ir revizijos komisijos rinkimai,
15. Sumanymai,
16. Suvažiavimo baigimas.

IV. Į mandatų komisiją išrinkti: d-ras B. Bliudzas ir d-ras V. Vaičiūnas. Į redakcinę komisiją išrinkti: d-ras P. Gudavičius, d-ras V. Lazersonas ir d-ras M. Nasvytis.

V. Liet. Gydytojų Sąjungos centro valdybos pirmininkas d-ras J. Staugaitis štai ką pranešė:

Praeitų metų centro valdybai buvo labai daug darbo, ypatingai su Kauno miesto ligonių kasa. Kauno m. ligonių kasa mus nugalėjo. Visa tatai noriu provincijos gydytojams paaiškinti.

1931 m. gruodžio mėn. 31 d. pasibaigė Kauno miesto gydytojų organizacijų sutartis su Kauno miesto ligonių kasa. Derybų pradžia užsitesė iki Velykų.

Kauno gydytojų padėtis už provincijos gydytojų yra sunkesnė. Kauno gydytojų skaičius kasmet vis augo po 10, o 1932 m. buvo jau 25 nauji kandidatai į ligonių kasas. Ligonių kasų praktika parodė, kad didėjant gydytojų skaičiui, didėja ir receptų skaičius. Dėl šito kasa nebegali galų su galais suvesti. Ligonių kasa susirūpino.

1932 m. birželio mėn. keliolika gydytojų slaptai svarstė ligonių kasos systemą. Aš norėjau gauti informacijų, bet mane informuoti atsisakė. Po dviejų savaičių šitoji grupė jau įteikė Vid. reikalų ministerijai memorandumą, kurs buvo slapto pasitarimo vaisius. Labai keista ir nepateisinama, kodėl tat viešai nebuvo daroma. Į šitą slaptąją grupę buvo įtraukti 6 gydytojai, kurie ligonių kasoje nedirba. Kadangi ligonių kasos

medicinos skyriaus gydytojas dalyvavo ir kiti duomenys rodo, kad slapto tarimosi siūlai veda į ligonių kasą.

Memorandininkų systema negeresnė, ypač ligoniams.

Po memorandumo įteikimo ir kolektyvas pradėta organizuoti. Manyta gydytojų kolektyvas sudaryti iš 36 gydytojų, 28 lietuvių ir 8 žydų. Memorandininkai šituos kandidatus ir įteikė Vid. reikalų ministeriui, kartu siūlydami ligonių kasas perimti valdžiai. Ligonių kasai akcija patiko, tik nepatiko siūlymas perduoti valdžiai. Liet. Gydytojų Sąjungos centro valdyba buvo nutarusi į tat atitinkamai reaguoti, tik aš susirgau akimis ir nebegalėjau suredaguoti, o kai sugijau, dalykas nustojo aktualumo. Buvo manyta 1932 m. vasarą sušaukti Liet. Gyd. Sąjungos atstovų suvažiavimas, tik pasirodė, kad vasarą suvažiuoti neįmanoma.

1932 m. rugpjūčio mėn. 22 d. gavom iš ligonių kasos sutarties visą projektą, kurs iš pagrindų keitė Liet. Gydytojų Sąjungos nusistatymą, nes sutartis siūloma daryti ne su gyd. organizacijomis, bet tik su tais gydytojais, kurie ligonių kasos būsią įrašyti į kasos sąrašą. Šitame sutarties projekte reikalauta iš gydytojų 7 metų praktikos arba 5 metų ligoninės stažo. Bet buvo ir paragrafas, kad gyd. priėmimą kasą pasilieka savo nuožiūrai.

Lig. kasa pataisų įnešti nesutiko.

Prieš 2 sav. prieš mums projekto įteikimą kreipėsi į mane 2 gydytojai, prašydami leisti kalbėtis su lig. kasa, aš ir leidau su sąlyga, jei praneš, kas buvo kalbama. Ir dabar nežinau, kieno inicijatyva šiuodu gydytoju ėjo kalbėtis. Gaila, kad daviau sutikimą.

1932 m. rugpjūčio mėn. 17 d. 12 v. kalbėjausi su Kauno Gyd. Sąjungos pirmininku dėl sutarties projekto, kurio dalis iš lig. kasos jau buvo gauta. Šitos organiz. pirmininkas manęs klausė, ar aš garantuoju už Kauno Med Dr-jos gydytojus, kad jie laikysis bendro fronto? Turėdamas galvoje valdžios gydytojus ir memorandininkus, atsakiau neigiamai. Tuomet pirmininkas pareiškė, kad žydai negalį imtis ant savo pečių streiko „odium" ir kad reikią gelbėti, kas dar galima gelbėti.

1932 m. rugpjūčio mėn. 18 d. lig. kasa prispyrė per keturias dienas duoti galutinį atsakymą. Mano liga ir kitos aplinkybės nebeleido iki šito laiko sušaukti Kauno Med. Dr-jos gydytojų posėdžio; Kauno Med. Dr-jos valdyba nutarė šitokios sutarties nepriimti.

Jau prieš sutarties atsiradimą kaikurie gydytojai pradėjo duoti lig. kasai prašymus. Gydytojai masiškai pradėjo bėgti į ligonių kasą.

Visa tatai matydamas, 1932 m. rugpjūčio mėn. 24 d. išsiuntinėjau Kauno Med. Dr-jos nariams aplinkraštį, kad valdyba nutarė savo nariams palikti Kauno m. ligonių kasos atžvilgiu laisvas rankas. Ir prasidėjo suirutė.

Kauno m. ligonių kasa nusistebėjo, kad ji teip lengvai laimėjo. Kauno gydytojų pralaimėjimas pablogino ir provincijos gydytojų padėtį.

D-ras J. Staugaitis: Teip blogai nebuvo. Buvo svarstyta, nusitatyta, tik gaila, kad nebuvo pranešta kitoms organizacijoms.

D-ras Al. Feinbergas (rusiškai): Aš vienas iš tų generolų, kurie kovą pralaimėjome. Po pralaimėjimo generolai visuomet stengiasi pasietisinti, bet aš nesiteisinsiu. Silpnumas reiškėsi iš pat pradžių, todėl ir frontas buvo lengvai pralaužtas. Memorandininkai parodė, kad vienybės nėra. Kauno Gyd. Sąjunga nenorėjo susilaukti streiko „odium". Negalima buvo streikuoti, ypatingai žydams, o tarnaujantieji gydytojai turi klausyti vyriausybės.

D-ras J. Čeponis: „Fraternitas Lithuanica" gyd. korporacija su lig. kasa nesiderėjo, o tik pavieni jos nariai. Korporacija vasarą atostogavo, todėl negalėjo nieko padaryti. Mūsų korporacija nenorėjo laužyti fronto.

D-ras M. Nasvytis: Be plenumo spręsti negalėjome, reikėjo sušaukti Kauno Med. Dr-jos susirinkimas. Sirgdamas d-ras J. Staugaitis prašė manęs tartis su lig. kasos atstovais, buvo duotas man raštas

perskaityti kasoje. Valdybos buvo daug pastangų padėta. Dalyką blogino kova tarp darbdavių ir darbininkų.

D-ras And. Domaševičius: Suirutės pradžia prasidėjo nuo klaidingo žingsnio, kad buvo sutinkama atsilyginti už tam tikrą procentą. Atsiskaitymas privedė prie to, kad visi darbininkai nustojo draugiškumo. Psichologinis nusistatymas visus skyrė. Ir iš šito pirmojo žingsnio ėjo visi kiti negerumai. Buvo apie 90 gydytojų, o susirinkimuose nedaug tesilankydavo, todėl negalima buvo nusistatyti. Nebuvo draugavimo su išnaudotojais. Kolektyvas buvo tiktai žodyne. Centro valdyboje, visus darbus tedirbo d-ras J. Staugaitis, kurs yra apkrautas įvairiausiais darbais, todėl jis vienas, ir dar sirgdamas, nebegalėjo visko bepadaryti.

Prof. J. Žilinskas: Aš noriu pakalbėti, kurs visą suirutę padarė. Netvarka buvo iki 1932 m. birželio mėn., ir dabar dar nėra tvarkos, nors šis tas ir padaryta. Slaptų susirinkimų nebuvo, buvo tik susirinkimėliai gatvėje. Memorandumo inicijatorius aš esu, nors po juo nėsu pasirašęs. Kalbėdamas su d-ru J. Staugaičiu nesakiau, kad į draugiją savo sumanymo neįnešėm todėl, kad tenai nebūtumėm laimėję.

D-ras A. Feinbergas kalbėjo visai be logikos, nevykęs jo pasiteisinimas, kad jo pulką suardė prof. J. Žilinsko kolektyvas. Jo pulko kolektyvas į kasą įėjo nesuardytas.

Kolektyvas tarp kabučių gyveno tol, kol reikėjo.

D-ras J. Staugaitis: Ne Jūs sakėt, kad draugijoje nebūtumėm laimėję, bet kitas.

VI. Med. gydytojų organizacijų atstovų pranešimas.

Alytaus atstovas — d-ras Ab. Gabajus: 17%. Punktas 1,19—1,50 lt. Per mėnesį esti 1.000—1.500 punktų. Nespecijalūs išvažiavimai įeina į šituos 17%.

Marijampolės atstovas — d-ras L. Bielskus: Sutartis kolektyviška. Už atskirus vizitus — 2,40 lt., ligonių namuose — 4,00 lt. Ligonių kasoje dirba visi gydytojai, išskyrus tik vieną kariškį, kurs praktika neužsiima. L. kasa norėjo ir mus suskaldyti, bet nepavyko. Marijampolės apygardos lig. kasoje dirba 20 gyd. Cukraus fabrikui veikiant esti apie 2.500 apdraustųjų, fabrikui atostogaujant — 1.500. Kaikurie gyd. per mėnesį uždirba iš lig. kasos iki 900 lt. Už atskirus veiksmus šiemet numušė 25%. Ligonių kasa deficito neturi. Indeksas ne daugiau kaip 2, bet nesiekia iki $1^1/_2$.

Panevėžio atstovas — d-ras M. Epšteinas: Sutarties dar nėra. Komisija sutiko sudaryti sutartį su procentiniu atlyginimu. Už atskirus vizitus — 3 lt., kartojamus — 2 lt., ligonio bute — 5 lt., pakartojant — 4 lt. Už veiksmus 25%. Indekso nebuvo. Kauno parėdymu neleidžiama daryti kolektyvinės sutarties. Jeigu iki gruodžio mėn. 12 d. nesti sudaroma nauja sutartis, tuomet veikia senoji. Visi gydytojai dirba lig. kasoje.

Šiaulių atstovas — d-ras D. Jasaitis: Lig. kasoje dirba dvi gyd. draugijos, iš viso 46 gydytojai. Sutartis kolektyvinė. Už atskirus vizitus — 3 lt., pakartojant — 2 lt., į ligonio namus — 5 lt., pakartojant — 4 lt. 1932 metais už sąskaitas, didesnes kaip 100 lt., buvo 5% nuolaidos. Specijalinis tarifas didesnis kaip Kauno. 1932 m. gruodžio mėn. 31 d. pasibaigė sutartis, o naujoji nebuvo spėta parašyti. L. kasa pareikalavo 30% nuo visos sumos. Nutrūko bendravimas ir lig. kasa liko be gydytojų. Vidaus reikalų ministerija įsakė valdiškiems gydytojams teikti medicinos pagelbą. Burmistras atsisakė įsakyti, tik perdavė gydytojų žiniai. Lig. kasa vis dėlto sutartį pratęsė, bet šiandien sutartis vėl nutrūko. Gavome įsakymą gydyti. Juristai pataria nebijoti, nors ir gali nubausti administratyviu būdu. Ligoniai nusiskundžia. Bet vis dėlto d-ras Ch. Rakuzinas padarė sutartį su lig. kasa. Mes visi laikomės L. Gyd. Saj. nutarimų.

Geležinkelių kasa nesutiko su gydytojų reikalavimais, todėl sutartis nesudaryta. Su L. banku kolekt. sutartis vieneriems metams sudaryta.

L. kasos finansai neblogoje padėtyje, nes teturi tik 60.000 nuostolių, mat negavo pinigų iš bankrutavusių įstaigų. Indekso nėra.

Tauragės atstovas — d-ras L. Berkmanaitė - Aronsonienė: Kolektyvinė sutartis, kuri dar neatnaujinta, derybos dar neprasidėjo. L. kasoje dirba 7 gyd. Vizitai pas gydytoją — 3 lt., pakartotini — 2 lt., ligonio namuose — 5 lt., pakartotinai — 4 lt. Viskas teippat, kaip Šiauliuose.

Ukmergės atstovas — d-ras Al. Dumbrys: Kolektyvinė sutartis. Pas gydytoją — 3 lt., pakartotinai — 2 lt., ligonio namuose — 4½ lt., pakartotinai — 4 lt. Nuolaida iki 300 lt. — 10%, iki 600 lt. — 14%, per 600 lt. — 20%. Daugiau kaip 600 lt. niekas negauna. Lig. kasoje dirba 9 gyd. Indekso nėra. Kasos finansinė būtis gera. Taksos kaip Klaipėdoje. Ukmergės rajone yra apie 2.000 apdraustųjų.

Vilkaviškio atstovas — d-ras L. Geršteinas: 1932 m. buvo kolektyvinė sutartis. Lig. kasai atsisakius daryti kolektyvinę sutartį, gydytojai sustreikavo laikydamiesi vieningai savo fronto.

Pas gydytoją — 2 lt., ligonio namuose — 3 lt., naktį ir konsil. dvigubai. Nuo 200—300 lt. — 10%, nuo 400 — 15%. Už veiksmus kaip Kauno mieste.

„Liet. Aide" buvo klaidingai rašoma. Lig. kasa rašyti brangesnius receptus kaip 4 lt. neleido. O mes tik nutarėme, kad šito streikuodami nesilaikysime.

Lig. kasa turėjo 10.000 lt. deficito, bet užtat gavo iš savivaldybės 17.000 lt. paskolos deficitui išlyginti.

VII. D-ro D. Jasaičio pranešimas: **Ligonių kasos ir medicinos gydytojai.**

Mūsų krašte ligonių kasos tvarkomos netinkamu būdu, jos tebedaro tas pačias klaidas, kurios užsieniuose seniau buvo daromos.

Dabar ligonių kasos yra vienas iš didžiausių gydytojų pajamų šaltinis.

Labiausiai yra išsiplatinusi laisvo pasirinkimo systema. Svarbiausias dalykas yra pacijento pasitikėjimas gydytoju, o pasitikėjimas tegalima tiktai esant laisvam pasirinkimui.

Kai kur praktikuojamas ir ambulatorinis gydymas, šitoji tendencija reiškiasi ir mūsų kasose. Tačiau jei laisvas apsidraudimas, tai turi būti ir laisvas gydytojo pasirinkimas.

1927 m. tarpt. darbo konferencija Genevoje nutarė valstybėms rekomenduoti laisvą gydytojų pasirinkimą.

Jei Lietuvoje nenorima kasos finansiškai silpninti, tai nereikėtų jų skaldyti į geležinkeliečių, Lietuvos banko, Žitiečių ir t. t. kasas.

Gydytojų santykiai su kasomis įstatymu nenumatyti, kaip nenumatyta yra ir gydymo systema. O vis tat turėtų būti suvienodinta ir įstatymais paremta.

Lietuvos gydytojų ligonių kasose honoraras labai mažas, mažesnis negu skutikų.

D-ras J. Staugaitis: Lig. kasų systema jau seime buvo ilgai svarstoma ir buvo prieita, kad laisvo pasirinkimo systema yra geriausia. Memorandininkai labai lengva širdimi elgėsi. Ambulatorinė systema geresnė kasoms, o ne ligoniams. Kauno miesto lig. kasa man pareiškė, kad kol jų būsianti vadovybė, ambulatorinės systemos neprileisią.

Žinoma, šitoji systema turėjo ir trūkumų: 40% ligonių vaikštinėjo be reikalo nuo gydytojo pas gydytoją. Jeigu L. kasa būtų norėjusi, būtų buvę galima reikalas sutvarkyti. Kasa darė smūgį nepatogiausiu metu, toks jos pasielgimas nebežinau kaip bereikia ir vertinti.

D-ras P. Gudavičius: Reikia priimti rezoliuciją nutraukti individualines sutartis su Kauno ligonių kasomis.

D-ras J. Čeponis: Sutartis su Kauno m. ligonių kasa yra juridinis aktas (D-ras P. Gudavičius: Ar į kalėjimą kiš?!), todėl ne teip

jau lengva nutraukti. Bet iš tikrųjų sutartis braška, mat naujas valdytojas be bendradarbiavimo komisijos (tatai prasižengta prieš sutartį) priėmė į ligonių kasą du naujus gydytojus.

Lig. kasa pareiškė, kad gydytojams būsią priskirtos laboratorijų, rentgeno ir t. t. išlaidos. Todėl punktas kris dar iki 1 lito. O gydytojai tokiam L. kasos pareiškimui nesipriešino (D-ras P. Gudavičius: Kasa jums ir kelnes numaus!).

D-ras A. Domaševičius: Kauno gydytojų lapsus, kaip matyti, galima atitaisyti. Todėl naujoji centro valdyba pirmučiausiai tegu tuo ir rūpinsis.

D-ras P. Vaiciuška: Lig. kasa buržuazinių metodžių vargu ar turėjo. Mes darbininkai, o jie darbdaviai, todėl nusistatymai ir nesiderina. Aš manau, kad nieks neįrodys, kuri systema geresnė, juk kareivį, pavyzdžiui, gydo paskirtieji gydytojai.

D-ras J. Staugaitis: Kasai reikia ieškoti naujų pajamų šaltinių. Pirmiausia ji turi pasirūpinti, kad turtuoliai nebūtų apdraudžiami. Kas Kaune jau gauna 500 lt., o provincijoj 400 lt. algos, tie turi būti nebeapdraudžiami.

D-ras L. Geršteinas: Nepageidaučiau, kad staiga būtų nutraukta sutartis su Kauno m. lig. kasa. Gydytojų skaičius lig. kasoje vistiek reikia aprėžti. Nesuprantu, kodėl centro valdyba nereagavo prieš individualines sutartis?

D-ras P. Vaiciuška: Dėl memorandumo patarčiau susilaikyti. Reikia pirmiausia kaltinti tie, kurie memorandumą paskelbė „Medicinoje".

Prof. J. Žilinskas: Už memorandumą tik mane tegalite kaltinti. D-ro D. Jasaičio referate siūlomas laisvas pasirinkimas nėra pasirinkimas, o tik kolektyvas. Kolektyvui perduoti toks darbas negalima, o būtinai reikia visa tat pavesti ambulatorijoms, kur gydymas, esant konsultacijoms, daug geresnis.

D-ras D. Jasaitis: Su prof. J. Žilinsku negalima sutikti. Kur nėra vien prof. J. Žilinsko reikalas, teip elgtis negalima. Aš siūlau suvažiavimui tokį iš pasalų prof. J. Žilinsko žygį pasmerkti. (Susirinkusieji smarkiai ploja).

D-ras J. Staugaitis: Rygoje veikia ambulatorinė systema, bet ten didžiausia netvarka, nes partijos ten įkiša savo vos iškeptus kandidatus, kurie esti dažniausiai visai nepatyrę.

Į „Mediciną" tąjį memorandumą įdėjau vėliau, negu jisai buvo įteiktas Vid. reikalų ministerijai.

D-ras M. Epšteinas: Gyvenimas parodo, kuri systema geresnė. Pavyzdžiui, Panevėžyje ligoniai, kilus gydytojų konfliktui su L. kasa, ėjo pas privačius gydytojus, o ne į ambulatorijas.

D-ras G. Direktoravičius: Mes į dalykus turime žiūrėti objektyviai, o ne gydytojų akimis. Gydytojų draugijos ilgai išsilaikyti negalės.

VIII. Mandatų komisijos pranešimas.

Dalyvavo 28 teisėti atstovai.

IX. Centro valdybos ir revizijos komisijos rinkimai.

I Liet. Gyd. Są-gos centro valdybą išrinkti: 1) d-ras P. Gudavičius — 25 balsais, 2) prof. P. Mažylis — 22, 3) d-ras L. Finkelšteinas — 21, 4) d-ras V. Lazersonas — 20, 5) M. Mickus — 19. Kandidatais: 1) d-ras V. Vaičiūnas — 16 bal. ir 2) M. Nasvytis — 14.

Kiti iš apygardų į centro valdybą nariais su jų pavaduotojais išrinkti šie: 1) Panevėžio — d-ras A. Domaševičius, pavaduotojas —

d-ras M. Marcinkevičius, 2) Šiaulių — d-ras D. Jasaitis, pavaduotojas — d-ras G. Direktoravičius. 3) Ukmergės — d-ras A. Dumbrys, pavaduotojas iš Utenos — d-ras V. Paliokas, 4) Marijampolės — d-ras L. Bielskus, pavaduotojas iš Vilkaviškio — d-ras E. Račkauskas, 5) Klaipėdos krašto — d-ras J. Kirvickis, pavaduotojas — d-ras V. Didžys.

Į revizijos komisiją išrinkti: 1) d-ras V. Tercijonas, 2) doc. J. Blažys, 3) d-ras B. Zacharinas.

D-ras J. Staugaitis išrinktas Liet. Gyd. Są-gos garbės pirmininku.

X. Rezoliucijų priėmimas.

1. Griežtai papeikti Kauno gydytojai, kurie rašė Vid. reikalų ministerijai memorandumą.
2. Patvirtinti IV gydytojų kongreso ir IV ir V suvažiavimų nutarimai, kad su Lig. kasomis tebūtų daromos tik kolektyvinės sutartys.
3. Prašyti vyriausybę, kad Lig. kasų įstatymą pakeistų teip, kad piliečiai, gauną mėnesinio atlyginimo 600 lt. Kaune ir 500 lt. provincijoje, nebūtų apdraudžiami; kad ligonių kasų įnašai būtų padidinti iki 7% (dabar 5%).
4. Reikalauti, kad į vyr. socijal. draudimo valdybą gydytojų atstovas būtų įleidžiamas sprendžiamu balsu.
5. Iškovoti lig. kasos nariams laisvo pasirinkimo systemą.
6. Prie lig. kasų reikalingas sudaryti gydytojų fondas.
7. Išaiškinti įsakymo teisėtumą varu versti gydytojus kasų narius gydyti.
8. Kur yra keletas gydytojų organizacijų, tartis su Lig. kasa sudaryti kontraktines komisijas.

XI. D-ro J. Staugaičio pranešimas

Darbo pajamų mokesčių klausymu.

Darbo pajamų mokesčių normos nėra tobulos, šiais metais jos bus peržiūrėtos. Kas ves dienyną, tam šitos normos nebus taikomos. Girdėjau, kad iau kaikuriems gydytojams rašomos pabaudos, bet iki šiol dar nė vienas gydytojas nebuvo baustas.

XII. Sumanymai.

Stud. med. Bl. Abraitis Studentų Medikų Dr-jos vardu: Medicinos skyriuje yra perteklius studentų. Nebegalima sėkmingai mokytis. Be to, tuojau Lietuvoje bus gydytojų perteklius, kuris jau ir dabar pradeda reikštis. Siūlau Liet. Gyd. Są-jos suvažiavimui nutarti, kad į Medicinos skyriaus I-jį kursą kasmet konkurso būdu, ypač atsižvelgiant į lietuvių kalbą, tebūtų priimama 50 stud.

Prof. P. Mažylis: Atestatų pažymiai nieko nereiškia. Gydytojų pertekliaus greitai dar nebus.

D-ras L. Epšteinas: Užsieniuose universitetai tokius pasiūlymus atmeta. Pats gyvenimas šitokius dalykus tvarko, nes į perpildytą profesiją naujų kandidatų plaukimas sustoja.

D-ras J. Staugaitis: Nereikės ir 10 metų, kai atsiras gydytojų perteklius. Latvijoje jau yra bedarbių gydytojų, kurie labai džiaugiasi, gavę vietą su atlyginimu 50 latų per mėnesį.

D-ras V. Vaičiūnas: Siūlau neleisti Lietuvoje, neatsiklausus Med. fak-to, ar Med. Dr-jų, ar Sv. departamento, svetimšaliams laikyti medicinišku paskaitų.

D-ras J. Staugaitis: Pageidautina, kad Čikagos parodos proga nuvažiuotų iš Lietuvos gydytojų atstovai dalyvauti Lietuvos ir Amerikos liet. gydytojų kongrese.

Dr. J. Staugaitis,
Suvažiavimo Pirmininkas.
Dr. J. Tercijonas,
Sekretorius.

Ligoninių santvarkos taisyklės.

Pasirėmęs Ligoninių įstatymo 29 str. (V. Ž. Nr. 498, eil. 3464), skelbiu šias Ligoninių santvarkos taisykles:

I. Instrukcija ligoninės tarnautojams.

1. Ligoninės vedėjui.

1. Ligoninės vedėjas yra visų ligoninės gydytojų, gailestingųjų seserų ir kitų tarnautojų viršininkas.
2. Ligoninės vedėjas gali būti kartu ir ligoninės skyriaus vedėjas.
3. Vedėjas prižiūri ir tvarko gydytojų darbą. Skiriant ligoninės gydytojus, atsiklausiama ligoninės vedėjo nuomonės.
4. Vedėjas prižiūri, kad gailestingosios seserys, sanitarės (-rai) ir kiti žemesnieji tarnautojai tinkamai eitų savo pareigas ir laikytųsi ligoninės vidaus tvarkos taisyklių.
5. Vedėjas paskirsto tarnautojus į skyrius ir nustato nakties budėjimų eilę, rūpindamasis, kad tarnautojai nepervargtų.
6. Vedėjui priklauso vyriausia priežiūra, kad ligoniai laikytųsi vidaus tvarkos taisyklių.
7. Vedėjas galutinai sprendžia klausimus apie ligonio priėmimą į ligoninę ir jo išrašymą.
8. Vedėjas paskirsto ligonius į ligonių kambarius; ypač žiūri, kad apkrečiamieji ligoniai būtų atskirti nuo neapkrečiamų.
9. Vedėjas prižiūri, kad ligoniams maistas būtų tinkamai pagamintas ir paduotas; jis nustato maisto davinius ir sudaro kiekvienos dienos valgių sąrašą.
10. Vedėjas žiūri, kad ligoninė būtų aprūpinta ligonių gydymo ir slaugymo įrankiais ir prietaisais, baldais, ligonių rūbais ir baltiniais, virtuvės reikmenimis.
11. Vedėjas prižiūri, kad ligoninės sanitarinė būklė būtų gera (švara, dezinfekcija, ventiliacija, vandens tiekimas, atmatų pašalinimas).
12. Vedėjas sprendžia, ar galima ligoninėje mirusio kūną skrosti mokslo reikalu.
13. Vedėjas prižiūri, kad ligoninės vaistai būtų tinkamai laikomi, kad ligonių vaistų likučiai būtų tuojau sunaikinami.
14. Bent kartą dienoje vedėjas apeina visus ligonių kambarius ir peržvelgia ligonius.
15. Bent kartą savaitėje vedėjas patikrina gydytojų veiklą ir ligos istorijų rašymą.
16. Vedėjas žiūri, kad ligoniai nebūtų laikomi ligoninėje be reikalo.
17. Vedėjas nustato vidaus tvarkos taisykles ir iškabina jas ligoninėje matomose vietose.
18. Vedėjas žiūri, kad būtų tvarkingai ir savo laiku rašomos ligoninės knygos ir ligos istorijos, kad visos apyskaitos būtų laiku parengiamos.
19. Vedėjas žiūri, kad būtų vykdomi ligoninės įstatymai ir įsakymai.

20. Vedėjas susirašinėja ligoninės reikalais su valdžios organais ir kitokiomis įstaigomis.

2. *Skyriaus vedėjui.*

21. Ligoninės skyriaus vedėjas prižiūri visą tvarką skyriuje, gydo skyriaus ligonius, žiūri, kad ligoniai būtų tinkamai slaugomi ir valgydinami. Jo klauso kiti skyriaus gydytojai, gailestingosios seserys ir sanitarės (-rai).

22. Priima, perkelia į kitus skyrius ir išrašo ligonius.

23. Kasdien apžiūri visus savo skyriaus ligonius.

24. Konsultuoja su kitų skyrių gydytojais, jų prašomas arba ligoninės vedėjo liepiamas.

25. Priiminėja ligonius ambulatorijoje.

26. Veda skyriaus knygas ir ligos istorijas arba prižiūri jų vedimą.

3. *Gydytojams asistentams ir praktikantams.*

27. Gydytojai asistentai ir praktikantai klauso ligoninės vedėjo ir ligoninės skyriaus vedėjo. Jie rūpinasi, kad būtų vykdomi skyriaus vedėjo įsakymai, lanko ligonius ir gydo juos pagal skyriaus vedėjo nustatytą planą; jie praneša skyriaus vedėjui apie svarbesnius atsitikimus skyriuje, apie ligonių būklę, apie ligonių ir tarnautojų skundus, prižiūri ligonių maitinimą ir slaugymą, patys dažnai patikrina ligonių valgius ir gėrimus.

28. Asistentai ir praktikantai veda knygas ir ligos istorijas, daro kliniškas analyzes.

29. Asistentai ir praktikantai žiūri, kad ligoniai laikytųsi vidaus tvarkos taisyklių.

4. *Budinčiam gydytojui.*

30. Budįs gydytojas atsakingas už visą tvarką ir darbą ligoninėje jo budėjimo metu. Jo klauso gailestingosios seserys ir kiti žemesnieji tarnautojai.

31. Teikia medicinos pagelbą stacionariniams ligoniams.

32. Teikia medicinos pagelbą ligoniams, atvykusiems į ligoninę dėl staigaus susirgimo ar nelaimingo atsitikimo ir, jei reikia, paguldo juos į ligoninę.

33. Apeina visos ligoninės patalpas ir žiūri, kad personalas dirbtų savo darbą, išklauso ligonių skundus.

34. Nustato stacionarinio ligonio mirimo faktą, pažymi tatai ligos istorijoje ir paliepia išnešti numirėlį iš ligonių kambario.

35. Apie svarbius įvykius, nelaimingus atsitikimus ligoninėje tuojau praneša ligoninės vedėjui.

36. Gali leisti pas ligonius lankytojus nepaskirtomis valandomis.

37. Gali pasišalinti iš ligoninės tiktai ligoninės vedėjo sutikimu. Jei ligoninėje mažiau kaip 75 lovos, tai budįs gydytojas gali išeiti ir be vedėjo leidimo, bet išeidamas turi palikti žinią, kur jį galima rasti bet kuriuo metu.

5. *Instrukcija gailestingosioms seserims.*

38. Gailestingosios seserys turi tiksliai ir sąžiningai vykdyti gydytojo įsakymus.

39. Gailestingosios seserys neturi teisės savarankiškai pavartoti išviršinių ir išvidinių vaistų, išskyrus tuos atvejus, kai ligoniui gresia pavėluotos pagelbos pavojus. Apie vaistų pavartojimą savo nuožiūra, jos turi neatidėliodamos pranešti gydytojui.

40. Gailestingosios seserys praneša gydytojui vizitacijos metu apie ypatingus atsitikimus skyriuje ir ligonių stebėjimo duomenis; apie įvykius nakties budėjimo metu jos praneša raštu skyriaus vedėjui.

41. Gailestingosios seserys neturi teisės skelbti joms ligonių patikėtų slėpinių. Jos turi tlytėti apie visą, ką sužino, dirbdamos savo profesinį darbą, pav., apie ligas, kūno trūkumus, slepiamą luošumą, namų santykius.

42. Seserys leidžia lankytojus pas ligonius tik gydytojo sutikimu.

43. Ligonių skundus seserys praneša skyriaus vedėjui.

44. Gailestingosios seserys ypač rūpestingai turi vykdyti aseptikos ir dezinfekcijos taisykles.

6. Ūkio vedėjui.

45. Ūkio vedėjas vykdo ligoninės vedėjo įsakymus ūkio reikalais.

46. Paskirsto darbą jam tiesioginiai pavestam personalui ir prižiūri, kad jie tiksliai eitų savo pareigas.

47. Prižiūri ligoninės pastatus, kiemą, kilnojamąjį turtą, įrengimus, ūkį.

48. Prižiūri ligoninės remonto darbus.

49. Prižiūri ūkio ir sanitarijos įtaisų būklę ir veikimą: kūrenimą, šviesą, vandentiekį, kanalizaciją, asenizaciją, telefonus, taip pat darbą virtuvėje, skalbykloje, pirtyje ir kt.

50. Veda ūkio inventoriaus atskaitomybę.

51. Priima su ligoninės vedėjo skirta komisija maisto dalykus ir kitokius ūkio reikmenis.

52. Priima, saugo ir išduoda ligonių daiktus ir pinigus arba paveda tatai kitam tarnautojui, jo prižiūrimam.

II. Ligonių priėmimas, gydymas ir išrašymas.

53. Ligoniai priimami į ligoninę paskirtomis valandomis, tačiau susirgę ūminėmis apkrečiamomis ligomis, gimdyvės, sužaloti arba staiga sunkiai susirgę priimami bet kuriuo metu.

54. Apie stacionarinio gydymo reikalingumą sprendžia skyriaus vedėjas.

55. Priimtas į ligoninę ligonis pagal gydytojų nurodymą apšvarinamas (kerpamas, prausiamas vonioje, apvelkamas ligoninės baltiniais ir kt.), jo rūbai, reikalui esant, dezinfekuojami.

56. Stacionariniai ligoniai turi būti tinkamai laikomi, slaugomi ir maitindami; juos turi aplankyti gydytojai (skyriaus vedėjas, asistentas, praktikantas) bent kartą dienoje. Reikalui esant, ligoniui turi būti suteikiama medicinos pagelba bet kuriuo metu.

57. Jei ligoninėje yra ne mažiau kaip trys gydytojai, tai nustatoma gydytojų budėjimo eilė.

58. Ligoniai išrašomi skyriaus vedėjo įsakymu, kai jiems nebereikalingas stacionarinis gydymas. Ligonis gali būti išrašytas ir anksčiau jo paties arba jo globėjų reikalavimu arba nesilaikąs ligoninės taisyklių, jeigu tas išrašymas nepavojingas jo gyvybei ir nekenksmingas kitiems žmonėms; tokiu atveju ligonis išrašomas ligoninės vedėjo įsakymu.

59. Psichiniai ligoniai priimami į ligoninę ir išrašomi pagal atskiras taisykles.

60. Stacionariniai ir ambulatoriniai ligoniai turi laikytis vidaus tvarkos taisyklių.

61. Mirusių lavonai išvežami į lavoninę, kur turi būti įrengimai lavonui skrosti.

62. Kiekviena ligoninė turi sudaryti vidaus tvarkos taisykles ir iškabinti jas ligoninėje gerai matomose vietose. Taisyklėse turi būti nu-

rodyta: priimamos valandos ir sąlygos, laikymo dėsniai, poilsio ir valgymų laikas, draudimas eiti į kai kurių ligonių kambarius, giminių ir pažįstamų apsilankymas pas ligonius, draudimas atnešti maisto ir vaistų be leidimo, atsineštų pinigų ir daiktų laikymo taisyklės, bendras ligonių elgesys, ligonių išrašymo sąlygos.

63. Jeigu į ligoninę įstoja ligonis su nunuodijimo ar smurto ženklais arba jeigu pačioje ligoninėje ligonis sužeidžiamas arba staiga miršta ar nusižudo, tai ligoninės vedėjas apie tokius atsitikimus tuojau praneša policijai.

III. Ligoninių sutvarkymas.

64. Ligonių kambariuose kiekvienai lovai turi tekti bent 25 kūb. metr. oro ir 7,5 kv. metr. grindų ploto; jei kambaryje tik viena lova — tai 35 kub. metr. ir 10 kv. metr. Vaikams ligi 14 metų užtenka 15 kūb. metr. ir 5 kv. mtr.

65. Kiekviename skyriuje turi būti dienos kambarys nenuolat gulintiems ligoniams, ne mažesnis kaip 10 kv. metr. grindų ploto.

66. Visi ligonių kambariai turi būti tinkamai šildomi, vėdinami ir apšviesti.

67. Ligonių kambarių, koridorių ir priemenių langai turi būti atidaromi arba su vėdinamais prietaisais.

68. Ligoninė turi būti aprūpinta geru vandeniu, apie 150 literių vienai lovai per dieną.

69. Srutos ir atmatos turi būti pašalinamos sveikatai nekenksmingu būdu.

70. Srutas, atmatas ar ligonių išmatas (trąšos, šlapimas, skrepliai, vėmalai), kuriose gali būti ligų kėlėjų, reikia tuojau dezinfekuoti.

71. Išviečių turi būti bent po vieną 15 vyrų ligonių ir bent po vieną 10 moterų. Vyrams turi būti šlapyklos. Išvietės turi būti šildomos ir vėdinamos su vėdinamu prieškambariu. Tarnautojams turi būti atskiros išvietės.

72. Kiekvienoje ligoninėje turi būti kambariai su įrengimais vonioms.

73. Didesnėse ligoninėse vonių kambarys turi būti kiekviename skyriuje; apkrečiamiems ligoniams turi būti atskiras vonių kambarys su voniomis. Tarnautojams taip pat turi būti atskiras vonių kambarys su voniomis.

74. Kiekvienoje ligoninėje turi būti kambarys mediciniškai stacionariniams ligoniams apžiūrėti ir gydyti.

75. Ligoninėse, kur daromos chirurginės operacijos, turi būti tinkamai įrengta operacinė.

76. Ūkio patalpos turi būti taip atskirtos nuo ligonių patalpų, kad iš jų neitų į ligonių patalpas kvapai ir garai ir nesigirdėtų bildesys.

77. Kiekviena ligoninė turi turėti savo skalbyklą, Apkrėstus skalbinius prieš skalbimą reikia dezinfekuoti.

78. Kiekviena ligoninė turi turėti patalpą su įrengimais dezinfekcijai ir lavoninę.

79. Skalbykla, lavoninė ir dezinfekcijos patalpa gali būti viename pastate; tačiau tokiu atveju minėtos patalpos turi būti storomis sienomis atskirtos nuo viena kitos; tik dezinfekcijos skyriaus švarioji pusė gali būti sujungta su skalbykla.

80. Kiekvienoje ligoninėje turi būti atskiras kambarys susirgusiems ligoninėje apkrečiama liga izoliuoti.

81. Kiekvienoje ligoninėje turi būti atsarginių lovų 10% etatinių.

82. Ligoninė turi būti aprūpinta patalais, rūbais ir avalyne šia norma:

1) matrasų arba čiužinių	1,25 vienai lovai
2) priegalvių	2 „ „
3) priegalvių užvalkalų	5 vienam priegalviui
4) paklodžių	4 vienai lovai
5) apklotų (antklodžių)	2 „ „
6) apmaukalų (maišų)	4 „ „
7) palaidinių (chalatų)	2 „ „
8) vyriškų marškinių	5 vienai vyrų lovai
9) moteriškų marškinių	5 „ moterų lovai
10) kelinių	3 „ vyrų lovai
11) sijonėlių	2 „ moterų lovai
12) kojinių	3 por. vienai lovai
13) šliurių	2 por. vienai lovai

83. Medicinos personalo ir sanitarių(-rų) ligoninėje turi būti:

1) 1 gydytojas — 25 ligoniams,
2) 1 gailestingoji sesuo — 10 ligonių,
3) 1 sanitarė (-ras) — 8 ligoniams.

Gydytojų, gailestingųjų seserų ir sanitarių (-rų) gali būti ir daugiau.

IV. Ligoninių knygos ir ligos istorijos.

84. Kiekviena ligoninė turi vesti šias knygas:

1) knygą ambulatorinių ligonių, įrašomų paeiliui. Šioje knygoje turi būti šios žinios: a) eilės nr., b) ligonio pavardė, vardas ir užsiėmimas, c) amžius, d) iš kur atvyko, e) anamnezė, f) status praesens, g) diagnozė, h) gydymas, i) kitos ligoninei rėikalingos žinios,

2) knygą ambulatorinių ligonių, įrašomą abėcėlės eile,

3) knygą stacionarinių ligonių, įrašomų paeiliui. Šioje knygoje turi būti šios žinios: a) eilės nr., b) ligonio pavardė ir vardas, c) amžius, d) užsiėmimas, e) tikyba, f) tautybė, g) gyvenamoji vieta, h) kuriuos dokumentus pristatė, i) globojamo ligonio tėvo arba globėjo pavardė ir vardas, k) ligonio priėmimo data, l) ligonio išrašymo data, m) kitos ligoninei reikalingos žinios,

4) knygą stacionarinių ligonių, rašomų abėcėlės tvarka,

5) priimtų ligonių daiktų, dokumentų, pinigų knygą,

6) inventoriaus knygą (instrumentų, aparatų, ligonių slaugymo dalykų, baldų, rūbų, baltinių ir avalynės, virtuvės indų ir įrankių, ūkio reikmenų),

7) pajamų ir išlaidų knygą,

8) gaunamųjų ir siunčiamųjų raštų knygą,

9) išnešiojamųjų raštų knygą,

10) maisto dalykų pajamų ir išlaidų knygą,

11) maitinamųjų ligonių ir tarnautojų dienyną,

12) vaistų knygą,

13) kitas ligoninei reikalingas knygas.

85. Apie kiekvieną ligonį, kol jis laikomas ligoninėje, turi būti rašoma ligos istorija, iš kurios būtų galima matyti visa ligos eiga.

86. Ligos istorijoje turi būti šios žinios:

1) eilės nr.,
2) ligonio pavardė ir vardas,
3) ligonio amžius,
4) šeimos būklė (vedęs, nevedęs, našlys, ištekėjusi, netekėjusi, našlė),
5) gyvenamoji vieta,
6) priėmimo į ligoninę data,
7) jei ligonis mažametis, tai tėvo arba globėjo pavardė, vardas ir adresas,

8) diagnozė,
9) išrašymo arba mirimo data,
10) anamnezė, status praesens, ligos eiga.
11) gydymas,
12) kitokios žinios ligoninės vedėjo nuožiūra.

87. Užbaigtą ligos istoriją turi pasirašyti gydęs ligonį gydytojas.

88. Ligos istorijos laikomos taip, kad prie jų galėtų prieiti tik medicinos personalas.

Gen. *J. Čaplikas*
Vidaus Reikalų Ministeris.

(„Vyr. Žin." 520 nr., eil. 3.616).

Kronika.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavęs Leonas-Viktoras Šimaitis.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Liba Dvoreckaitė, Liba Grinblaitė ir Genovaitė Vanagytė.

× **Doktorizuotis** prileistas gyd. St. Stonkus.

× **Iš Vidaus ligų asistentų** pasitraukė gyd. Ignas Šalkauskas.

× „Medicinos" 1936 m. 1 num. žinutėje apie gyd. Gildę-Ostachovienę per klaidą praleisti žodžiai: „jai pačiai prašant".

DRAUGIJOS, KONGRESAI, IVAIRENYBĖS.

× **X-ji tarptautinės sąjungos kovai su tuberkulioze** (Union Internationale Contre la Tuberculose) **konferencija** bus Lisabonoje 1936 m. rugsėjo mėn. nuo 1 iki 10 d., pirmininkaujant prof. Lopo de Carvalho, kuris yra šitos sąjungos pirmininkas (sekretorius — prof. Fernand Bezançon).

Bus diskutuojami tiktai šie trys klausymai:

1. Bijologiškasis klausymas: Plaučių hilus'ų rentgeno vaizdai ir jų aiškinimas. Pranešėjas prof. Lopo de Carvalho (Portugalija).

2. Kliniškasis klausymas: Tuberkuliozės pirminė infekcija subrendimo amžiuje ir suaugusių. Pranešėjas dr. Olaf Scheel (Norvegija).

3. Socijališkas klausymas: Tuberkuliozės profylaktika namuose. Pranešėjai d-rai Ch. J. Hatfield (Amerika) ir D. A. Powell (Anglija).

Kiekvienu darbų tvarkoje numatytu klausymu padiskutuoti pirmutiniam pranešėjui bus dar priskirta dešimt pranešėjų-padėjėjų, iš anksto parinktų pagal įteiktąjį 44 kraštų — sąjungos narių — sąrašą.

Konferencijos organizacinis komitetas paruošė labai įdomią priėmimų ir ekskursijų programą. Šitos ekskursijos supažindins konferencijos dalyvius su svarbiausiomis Portugalijos institucijomis, skirtomis kovai su tbc., ir teippat su puikiomis to krašto vietovėmis, pagarsėjusiomis savo nepaprastu grožiu.

Tarptautinės sąjungos nariai kviečiami į konferenciją be jokio įsirašymo mokesčio. Jie yra prašomi pranešti apie savo sutikimą dalyvauti arba per savo krašto valdžios organizacijas, arba per savo tautines organizacijas, arba pagaliau betarpiškai konferencijos organizaciniam komitetui šiuo adresu: Comité d'Organisation de la X-ème Conférence de l'Union International contre la Tuberculose. Assistencia National aos Tuberculosos. Avenida 24 de Julho. Lisbonne (Portugal). Įsirašymai teip-

pat priimami tarptautinės sąjungos sekretorijate (Secrétoriat de l'Union Internationale contre la Tuberculose, 66, Boulevard Saint-Michel, Paris 16-ème).

Asmenys, kurie nėra tarptautinės sąjungos nariais, bet nori įsirašyti kaip konferencijos nariai (Membres de la Conférence), turi atsiųsti kartu su prašymu 200 esendos, t. y. arti 125 prancūzų frankus išimtinai per Societé lithuanienne pour la lutte contre la Tuberculose (Kaunas).

× **IV-sis tarptautinis pedijatrų kongresas bus 1936 m. balandžio mėn. Romoje.** Suvažiavimo programa ši:

1. Jaunų vaikų druskų ir vandens apykaita ir jos įtaka dirbtinio maitinimo problemai. Pranešėjai: N. Norris (Glazgo), T. Frondenburg (Marburgas), G. Speranskij (Maskva), Czapo (Budapeštas).

2. Vaikų tuberkuliozės klausymai; moderniškosios teorijos apie ultravirus'ą, apsikrečiamumą vaikų amžiuje, profylaktiką, gydymą. Pranešėjai: N. Capon (Liverpulis), A. Wallgren (Goteborgas), A. Kisel (Maskva).

3. Psycho-nerviniai susirgimai klinišku ir socijališku atžvilgiu. Pranešėjai: I. Jundel (Stokholmas) ir E. Glanzmann (Bernas).

× **Atidaryta chirurgijos akademija Paryžiuje.** Paryžiuje iškilmingai atidaryta chirurgijos akademija.

× **Estai nori importuoti Birutės vandenį.** Vienas stambus Estijos komersantas jau ilgesnį laiką rūpinasi Birštono šaltinių mineralinio Birutės vandens importavimu iš Lietuvos į Estiją. Jis nori gauti atstovavimą visai Estijai. Neseniai Estijoje šioms prekėms panaikintas muitas. Užtat yra galimumo sakytam eksportui.

× **Veterinarijos ligoninės statymui pritariama.** Dėl neseniai burm. A. Merkio iškeltojo klausymo statyti Kaune veterinarijos ligoninę veterinarijos departamentas parašė atitinkamą raštą vidaus reikalų ministerijai. Minčiai statyti tokią ligoninę pritariama.

× **Dancige sterilizuota 700 žmonių.** Užsienių spauda praneša, kad nuo to laiko, kai Dancigo valdžią paėmė naciai, miesto ribose iki šiol prievarta sterilizuota 700 žmonių.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingas gydytojas Bartininkuose,** Vilkaviškio apskr. Duodama subsidija 100 litų mėn. Artimiausias gydytojas už 17—18 klm. Apylinkė pasiturinti. Pageidautinas lietuvis. Teirautis: vietos vaistinėje.

× **V. D. Univ-to Medicinos fak-to Vidaus ligų klinikai reikalingas jaun. asistentas.** Norintieji šitą vietą užimti prašomi paduoti prašymus su curriculum vitae Medicinos fak-to dekano vardu iki š. m. kovo mėn. 15 d.

× **Kauniškio gyd. Kabakerio sūnus, Juozas Kabakeris,** kuris yra baigęs Kauno žydų gimnaziją ir studijavo Strasburge, dabar paskirtas Strasburgo universiteto neurologijos katedros vedėju (anksčiau buvo asistentu).

× **295 nauji gydytojai Palestinoje.** Oficijaliais duomenimis Palestinoje 1935 m. per gruodžio mėnesį įsiregistravo 295 gydytojai žydai, atvažiavę iš kitur, ir gavo praktikos teises.

× **Miuncheno univ-to dermatologijos prof. Sumbusch pašalintas iš universiteto** už tai, kad pasakęs kalbą prie mirusio nearijo prof. Heimann'o kapo.

AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Akušerės paragintos įsigyti vadovėlį.** Sveikatos departamentas įpareigojo miestų ir apskričių gydytojus paraginti jų ribose praktikuojančias akušeres, kad jos būtinai įsigytų prof. Hammerschlag'o „Akušerės vadovėlį", išverstą į lietuvių kalbą gyd. A. Maciūno.

LIGONIŲ KASŲ REIKALAIS.

× **Kauno m. lig. kasos gydytojų bendradarbiavimo komisija.** Kauno m. ligonių kasoje dirbančiųjų gydytojų kolektyvas išrinko šiems metams šį prezidijumą: pirm. gyd. Puodžiūnas, nariai — gydytojai — Milvidas, Nasvytis, Kantaravičius ir Braunsas. Į gydytojų bendradarbiavimo komisijos prezidijumą išrinkti gydytojai: Puodžiūnas, Nasvytis ir Kantaravičius, o į gydytojų kontrolės komisiją — gyd. Milvidas.

× **Lietuvos ligonių kasos statys didesnę sanatoriją Birštone.** Kauno apygardos ligonių kasa pradėjo vėl iš naujo kelti sanatorijos Birštone statybos reikalą. Iki šiol prie sanatorijos statybos yra nutarusios prisidėti ir paskyrusios pinigų tik trys ligonių kasos: Kauno apygardos, Ukmergės ir Vilkaviškio. Artimiausiu laiku bus sudaryta provizorinė sanatorijos statybos ir įrengimų sąm. Birštono sanatorija aprūpinsianti visų kasų apdraustuosius klimatiniu ir balneologiniu gydymu.

× **Kaip bus sutvarkytas medicinos pagelbos tiekimas Kauno m. savivaldybės tarnautojams.** Kauno m. sav-bės komisija iš dr. Aleknos, dr. Garmaus, inž. Jankevičiaus, M. Kavolio ir ex officio dr. Puodžiūno parengė statutą ir įnešė į artimiausį tarybos posėdį. Pagal komisijos paruoštą statuto projektą saviv. tarnautojams medicinos pagelba bus teikiama prisilaikant ligonių kasų tiekiamų savo nariams normų.

Lygiagrečiai su šiuo projektu viceburmistras iškėlė sumanymą įsteigti Kauno m. savivaldybės ligonių kasą. Dabar savivaldybės laisvai samdomi ir padieniai darbininkai privalo būti įrašyti į ligonių kasą, o norima nuo ligonių kasos visai atsiskirti (kaip Lietuvos bankas, elektros stotis) ir įsteigti savo ligonių kasą.

Šiuo reikalu p. viceburmistras jau lankęsis ir vidaus reikalų ministerijoje.

ŠUNDAKTARIAVIMAS.

× **„Stebuklingas daktaras".** Į Žaliosios (Vilkaviškio apskr.) apylinkę atsibastė kažin koks Oleinikovas. Ėmė skelbtis esąs daktaras, gydąs visokias ligas. Vienus apsilankiusius ligonius jis „gydydavo" naminiais vaistais, kitus — „stebuklingu būdu" kalbėdamas nesuprantamus žodžius. Iš silpnų ligonių už „gydymą" imdavęs 30—80 litų. Policija „daktarą" areštavusi.

× **Aborto darymas.** Marijampolės gyventoja Koberzuchaitė vienai panelei padariusi abortą ir išleidusi namon. Apalpusią ligonę rado gatvėje ir nuvežė į ligoninę, kur ji po kelių dienų mirė. „Daktarka" buvo padėta kalėjiman, kur iki teismo sėdėjo apie pusę metų. Dabar apygardos teismas Koberzuchaitę nubaudė dar $1^1/_2$ metų s. d. kalėjimo.

× **Aborto auka.** Viena Tauragėje gyvenanti mergina pasijuto nėščia. Kreipėsi į vieną vietos felčerį, kuris už 50 lt. apsiėmė ją iš tos bėdos išgelbėti. Padarė abortą, kuris betgi nepavyko. Tada „gelbėtojas" nukentėjusiai grąžino dalį pinigų ir patarė kreiptis į gydytojus. Bet privatūs gydytojai nesutiko jos gydyti. Ji buvo paguldyta ligoninėn. Čia nelaimingoji atidengė visą paslaptį. Felčeris suimtas, bet už užstatą po kelių dienų paleistas. Nukentėjusioji, kelias dienas pasikankinusi, mirė.

× **Vienas Odesos šundaktaris ilgai vaidinęs daktarą.** Odesos gyd. G. Suslič labai plačiai išgarsėjęs kaip nepaprastas gydytojas. Jo laukiamajame laukdavę eilės 30—100 ligonių, kartais ligoniai užsirašydavę net už dviejų savaičių anksčiau. Jis gydydavęs kažkuriomis žolėmis. Jo kabinetas buvęs prikrautas įvairių dėžių, ant kurių buvę užrašyta įvairūs lotyniški užrašai. Pas jį kartais ligonius siųsdavę ir kaikurie Odesos profesoriai. Bet jis patekęs į teismą ir paaiškėję, kad nėsąs joks gydytojas.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos dep-to žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1935 m. sausio mėn.:** typhus abdom. 65 (5), paratyphus 16, typhus exanth. 79 (6), morbilli 653, scarlatina 64 (1), pertussis 68, diphtheria 609 (1), erysipelas 38 (3), poliomyel. et polyoenceph. ac. 5, enceph. leth. epid. 3 (1), mening. cerebrospin. epid. 22 (3), anthrax 1, tetanus 1 (1), tuberculosis 246 (5), vener. ligos 543 (lues 174, gonorrhoea 368, ulc. molle 1), varicella 19, trachoma 355, parotitis epid. 170, febris puerper. 21, sepcticopyaemia 7 (2), scabies 43.

× **Utenos apskr. Tauragnų miestelyje ir apylinkėje yra įregistruota nemaža susirgimų dėmėtąja šiltine.** Žmonės bijo dabar užeiti ir į krautuves, nes serga ir žydai. Kiti žmonės, tikėdami senais prietarais, kad, jei esą neskirta susirgti, tai jokia liga neprilips prie žmogaus, lankosi pas susirgusius.

× **Leipalingio valsč. labai išsiplėtė šiltinė.** Daug žmonių iškart susirgus, negalėjo išvežti į apskr. ligoninę, tai Viktarino prad. mokyklą uždarė ir mokykloje įsteigė ligoninę. Sutalpinta apie 70 žmonių. Septynios senyvos moterys mirė.

× **Vilkaviškio valsč. keliose vietose pasireiškė susirgimų vidurių šiltine,** o mieste — mokyklinio amžiaus ir kiek mažesni vaikai pradėjo sirgti tymais ir difteritu.

× **Keista liga.** Joniškėlio apylinkėje serga daug žmonių keista liga. Liga prasideda dideliu viduriavimu ir po vienos ar dviejų dienų ligonis teip nusilpstąs, kad net tenka kelioms dienoms atsigulti į lovą. Šita liga serga ištisos šeimos. Jei vienas šeimos narys ta liga susirgo, tai būtinai perserga ta pačia liga ir visa šeima. Stipresnieji perserga vaikščiodami, o silpniesiems tenka 3—4 dienas pagulėti lovoje. Nors ši liga rimtesnių susirgimų nesukelia, bet šiaip nemalonumų žmonėms daug pridaro.

× **Lietuvių motinoms ir vaikams globoti dr-jos sveikatos centro Šakių skyrius** jau atidarytas ir darbą pradėjo. Profylaktiniai patarimai nemokamai duodami antradieniais, ketvirtadieniais ir šeštadieniais. Skyriaus vedėja yra gyd. E. Kalibatauskaitė ir akušerė Mačiulytė. Skyriaus būstinė yra Aušros gatvėje, gyd. Tekoriaus namuose.

× **Viešintuose įsteigta ambulatorija.** Gydytojui pašalpą duos valsčiaus savivaldybė.

× **Alytaus apskrities savivaldybė atidarė didesniuose apskr. miesteliuose 8 veneros ligoms gydyti ambulatorijas,** būtent: Simne, Seirijuose, Merkinėje, Dauguose, Varėnoje, Butrimonyse, Jezne ir Stakliškėje.

Ambulatorijų vedėjais paskirti vietos gydytojai. Ligoniai bus gydomi nemokamai.

× **Statomoji Šakių apskr. ligoninė manoma atidaryti birželio mėn.** ir ji pavadinti dr. V. Kudirkos vardu.

× **Liet. sveikatos dr-jos konsultaciniame punkte sveikatai patikrinti prieš vedybas,** Mickevičiaus ir Miškų g-vių kampas (įėjimas iš Mickevičiaus g-vės), K. m. lig. kasos rūmų antrame augšte, medicinos skyriuje, 73 kambaryje, trečiadieniais 19—20 val. iš eilės budi: 1) dr. Gulbinas — II. 19 d., 2) dr. Vaičiūnas — II. 26 d., 3) dr. Firantytė — III 11 d., 4) dr. Velbutas — III. 18 d., 5) dr. Minginas — III. 25 d., 6) prof. Blažys — IV. 1 d., 7) dr. Juškys — IV. 8 d., 8) dr. Ragaišienė — IV. 15 d., 9) doc. Sidaravičius — IV. 22 d.

× **Medicinos pagelba už 1 litą.** Žeimelio v., Šiaulių apskr., nuo 1936 m. sausio mėn. 1 d. įsteigta valsčiaus ambulatorija, kurioje šito valsčiaus gyventojai gauną medicinos pagelbą už 1 litą. Nemokama medicinos pagelba bus teikiama tik visai nepasiturintiems. Ir, be to, pagal gydytojo ir valsčiaus viršaičio susitarimą yra išdirbta smulki taksa už įvairius gydymus ir kita.

× **Surastas sintetinis chininas.** Sovietų Sąjungos mokslų akademijos syntezės laboratorijose esąs išrastas chininą pakeičiąs preparatas, pavadintas „akrichinu“, kuris ne tik visai vykusiai gydąs nuo maliarijos, bet kaikuriomis savo ypatybėmis chininą net ir prašokąs.

× **Naujas reumato gydymo būdas,** perpilant kraują ir vartojant naują salicylio preparatą „acesal'į“, esąs praktikuojamas prof. Končalovski'o klinikoje Maskvoje, ir duodąs gerų rezultatų.

× **„Ketvirtoji“ venerinė liga.** Prieš 10 metų yra surasta nauja venerinė liga, pavadinta „ketvirtąja“ arba lymphogranuloma inguinale. Pirmieji ją aprašė Nicola ir Favra.

Rygos prof. P. Sniker stebėjęs šitos ligos du atsitikimu Rygoje (būdamas Chikagoje jisai stebėjęs daug atsitikimų): abu ligoniai buvę jūrininkai, kurie apsikrėtę Lisabonoje. Šita liga gaunama tik per coitus. Po 6 dienų pasirodanti nedidelė opelė, kuri greitai užgyjanti. Bet po 2—4 savaičių sutinstančios kirkšnių liaukos, kurios esančios skaudamos ir jose atsirandą pūlių. Šitos liaukos kartais išaugančios iki kumščio didumo. Paskiau pasidaranti fistulė, iš kurios teką pūliai. Be to, skaudą sąnarius. Šitas procesas vykstąs labai iš lėto. Ligos sukėlėjas dar nesurastas.

Iš pradžių buvę manoma, kad šita liga tesergą vyrai. Bet prof. P. Sniker matęs Chikagoje šita liga sergančių kelias dešimtis negrių.

× **Abisinijoje labai gausėja svetimšalių įkūriamų ligoninių.** Greit ten įkursią ambulatorijas ir suomiai, norvegai, anglai.

MEDICINIŠKASIS SĄMOJUS.

× **Sutapimas.**

Gydytojas: — Aš atsidėjęs apžiūrėjau tamstos žmoną ir turiu tamstai atvirai prisipažinti, kad man ji visai nepatinka.

Pacijentės vyras: — Ir man teippat, daktare.

× **Egzaminas.**

Profesorius: — Nagi kiek morfio duotum tamsta šitam ligoniui?

Studentas: — Arbatinį šaukštelį.

Profesorius (kraipydamas galvą): — Teip, teip?!

Studentas (kiek pagalvojęs): — Atsiprašau p. profesorių, aš noriu pasitaisyti.

Profesorius: — Pervėlu, tamstos pacijentas jau mirė.

× **Mokykloje.**

— Kacai, kas tai yra stuburas?

— Stuburas, p. mokytoja, yra tokia kūno dalis, ant kurios vieno galo yra mano galva, o ant antro galo aš pats... sėdžiu!

× **Klausymas profesoriui.**

— Alkoholis naikina žmogaus organizmą. Štai matote bonkose, kaip atrodo alkoholiko širdis ir inkstai.

— Dėl ko saugojate juos spirite?

× **Egzaminuojasi.**

Profesorius (rodydamas studentui širdies sritį): — Kur aš pateksiu, jeigu įsmeigsiu čia štai peilį?

Studentas: — I... kalėjimą, p. profesoriau.

Klaidų atitaisymas.

„Medicinos“ 1936 m. 1 num. d-ro A. Matulevičiaus str.: **„10 metų vaiko raukšlėtasis inkstas“** 34 pusl. 28 eil. iš viršaus išspausdinta *„sklerozinių“*, o turi būti *„akių sklerose“*.

Schweiz. Serum- & Impfinstitut Bern

valstybės kontroliuojamas

Novarsol

(Dioxydiamidoarsenobenzol)

šiomis dozėmis:

0,05; 0,10; 0,15; 0,30; 0,45; 0,60; 0,75; 0,90; 3,0; 4,5.

Gonokokken-Impfstoff „Berna"

(Vaccin gonococcique)

serijomis po 10 ampulių; klinikos įpokavimai po 10 serijų.

Serumai

geriausios kokybės prieš **difteritą, skarlatiną** ir kt

Galima gauti visose vaistinėse ir visuose urmo vaistų sandėliuose.

Atstovybė visai Lietuvai

E. Elijaševičienė

Urmo vaistų sandėlis,

Kaunas, Duonelaičio g. 31a

RENOCAIN

Ger-Ma-Po

Sudėtis *Paraaminobenzoyldiaethylaminoaethanol, Adrenalin, Natr. chlor., Kal. sulfur.*

Indikacijos Anėstezijos reikalingumas įvairiais atvejais: dantų, gynekologijos, akių gydymo praktikoje; urologijoje; infiltracinė anėstezija.

Vartojimas Bendros anėstezijos taisyklės įšvirkščiant.

Įpokavimas

Dėžutėse	1%	5×10 ccm
„	„	5×20 „
„	„	10× 1 „
„	2%	25× 1 „
„	„	100× 1 „
„	„	10× 2 „
„	„	25× 2 „
„	„	100× 2 „

Akc. B-vės „Varpas“ spaustuvė. Kaunas, Gedimino 38.